# EPIDEMIOLOGIA da ImprEcIsÃo:

## Processo saúde / doença mental como objeto da epidemiologia

José Jackson Coelho Sampaio

# EPIDEMIOLOGIA DA IMPRECISÃO:
## Processo Saúde/Doença Mental como Objeto da Epidemiologia

José Jackson Coelho Sampaio

# EPIDEMIOLOGIA DA IMPRECISÃO:

## Processo Saúde/Doença Mental como Objeto da Epidemiologia

Projeto Gráfico e Editoração Eletrônica: *Marilene Cardoso Santos*
Capa e Ilustração: *Mauro Campello* e *Roberto Antunes*
Copidesque: *Marcionílio Cavalcanti de Paiva*
Revisão: *Ana Beatriz Arena*
Supervisão Editorial: *Walter Duarte*

Catalogação-na-fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca Lincoln de Freitas Filho

---

S192e Sampaio, José Jackson Coelho
Epidemiologia da imprecisão: processo saúde/doença mental como objeto da epidemiologia / José Jackson Coelho Sampaio. – Rio de Janeiro : FIOCRUZ, 1998.
133p.
ISPN 85-85676-48-5

1. Processo saúde-doença. 2. Transtornos mentais – epidemiologia. 3. Métodos epidemiológicos.

CDD. - 20. ed. - 614.4

---

1998
EDITORA FIOCRUZ
Rua Leopoldo Bulhões, 1480, Térreo – Manguinhos
21041-210 – Rio de Janeiro – RJ
Tel.: 590-3789 ramal 2009
Fax.: (021) 280-8194

# SUMÁRIO

*A riqueza analítica do método dialético surge aqui com toda sua força. Contra a realidade unilinear e clara do empirismo se opõe uma multiplicidade de (...) possibilidades de compreensão do comportamento humano (...) também a condição dramática da realidade social, as contradições entre os indivíduos e sua realidade objetiva e psicológica. (...) A ciência se encontra assim com a política real, a arte e a existência diária dos homens.*

(Theotônio dos Santos – *Conceito de Classes Sociais*)

*... a doença, a saúde e a morte não se reduzem a uma evidência orgânica, natural, objetiva, mas estão intimamente relacionadas com as características de cada sociedade (...) a doença é uma realidade construída e (...) o doente é um personagem social.*

(Cecília Minayo – *O Desafio do Conhecimento*)

*A diferença entre o alienado e o alienado mental pode parecer sutil – mas é fundamental. (...) o alienado mental fica fora de si, o alienado deixa de se pertencer; o alienado mental torna-se outro, o alienado torna-se coisa; o alienado mental é uma interrogação sobre o sentido das coisas, o alienado é escravo das coisas e dos progressos da humanidade que se voltam contra ela; o alienado mental (diz-se) é vítima de sua estrutura psíquica, o alienado é vítima de condições externas (econômicas, políticas, sociais); o alienado mental é arrebatado, o alienado é despedaçado.*

(Leymaert dos Santos – *Alienação e Capitalismo*)

# PREFÁCIO

## DE DESCARTES A OLIVER SACKS: UMA REFLEXÃO SOBRE O CAMINHO DO PENSAMENTO

Há um quadro de Dalí onde o heterodoxo artista se retrata numa mesa de jantar com sua mulher: Gala aparece com um prato perfeitamente organizado e Dalí olhando sua comida misturada, com fragmentos e migalhas espalhados no espaço em torno. O nome da obra é *A Ordem e o Caos*. "Até na loucura é preciso ter um pouco de método", filosofa Shakespeare. Eu diria: "até no método é preciso ter um pouco de loucura". Digo isso porque pretendo introduzir, neste prefácio, uma discussão sobre método, que o trabalho de Sampaio me sugere.

Neste final de século, foi se desenhando na comunidade científica um certo consenso sobre os limites da ciência positivista. Vários autores como Stengers (1990),[1] Morin (1993, 1996)[2,3] e Habermas (1987) – dentre outros, e cada um deles dentro de um ponto de vista próprio – chamam a atenção para o mito da cientificidade fundamentada apenas no método, para dar conta da realidade em qualquer plano que dela nos aproximemos.

Na área da saúde coletiva no Brasil, no decorrer das décadas de 80 e 90, alguns cientistas vêm demonstrando desconforto ante os paradigmas que consagram, de um lado, o olhar unívoco da unidisciplinaridade; de outro, a omissão da historicidade e da especificidade para analisar processos complexos e complicados, como os que configuram a saúde, o adoecimento, o viver e a morte. É interessante notar que dois desses cientistas/epistemólogos são oriundos da área da saúde mental (Almeida Filho, 1989; Castiel, 1994).[4;5]

Em *Epidemiologia sem Números*, Almeida Filho tenta tomar os dilemas epistemológicos da disciplina, criticando os reducionismos que delimitam fronteiras rígidas entre clínica e saúde coletiva, apontando para a necessidade de reconciliar o olhar concomitante sobre o indivíduo, a sociedade e a subjetividade. Em *O Buraco e o Avestruz: a singularidade do adoecer humano*, Castiel discute os pressupostos teórico-epistemológicos das abordagens médico-epidemiológicas, com destaque para as questões psicossomáticas, propondo ampliar o campo de debates, levando em conta a complexidade do adoecer humano. Outros epidemiologistas médicos – como Costa (1994),[6] em *Epidemiologia*:

---

1 Stengers, I. *Quem tem Medo da Ciência*. São Paulo: Siciliano, 1990.
2 Morin, E. *Ciência com Consciência*. Lisboa: Europa-América, 1993.
3 Morin, E. *O Problema Epistemológico da Complexidade*. Lisboa: Europa-América, 1996.
4 Almeida Filho, N. *Epidemiologia sem Números*. Rio de Janeiro: Campus, 1989.
5 Castiel, L. D. *O Buraco e o Avestruz: a singularidade do adoecer humano*. Campinas: Papirus, 1994.
6 Costa, D. C. *Epidemiologia: teoria e objeto*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

*teoria e objeto*, e Ayres (1995),[7] em *Epidemiologia e Emancipação* – também levantam os problemas de concepção, de teoria e de método que a epidemiologia enfrenta, quando reduz seu olhar ao analisar as questões pluridimensionais com o enfoque tradicional da explicação causal.

Mais recentemente, Almeida Filho (1997)[8] e Samaja (1993, 1997)[9, 10] – cada um com enfoque próprio – trataram de apontar caminhos metodológicos que levassem em conta, ao mesmo tempo, a singularidade das instâncias abrangidas pelo processo saúde/doença (o molecular, o biológico, o social e o político, tendo o emocional como mediador) e a dinâmica articuladora, sistêmica e complexa que existe no sujeito individual e coletivo. Vale a pena lembrar Marx (1959),[11] quando, nos seus escritos filosóficos, diz que "ser radical é tomar as coisas pelas suas raízes". Ora, para o ser humano, a raiz é o próprio ser humano.

A partir das ciências sociais, eu mesma – em *O Desafio do Conhecimento* (1993),[12] e em vários trabalhos posteriores – postulei a necessidade da visão ao mesmo tempo profunda, ampla e complexa sobre os objetos-sujeitos que a saúde coletiva aborda. O risco do reducionismo é sempre ceder à tentação da filosofia da consciência que olha para os seres humanos, sua vida e sua construção histórica de fora, externamente, sem se envolver, buscando explicá-los apenas segundo suas convicções.

Na verdade, sempre pressupomos que a triangulação teórica – da epidemiologia que se debruça sobre o adoecer da coletividade; das ciências sociais que buscam compreender os significados, as intencionalidades e a lógica dos sujeitos; das ciências psi que interpretam os fenômenos do inconsciente – é mais fecunda que a unidisciplinaridade. Sobretudo quando conseguem realizar um diálogo dos conceitos com sua historicidade, dos métodos com suas especificidades, e da compreensão transdisciplinar enquanto síntese da realidade que analisa. Mesmo quando fazemos essas tentativas esquecemos, por exemplo, a contribuição da biologia.

Na visão inovadora de Damásio – o neurologista que escreveu *O Erro de Descartes* (1996)[13] –, sentimentos e emoções são percepções diretas de nossos estados corporais e constituem um elo essencial entre corpo e consciência. Ou seja, uma pessoa incapaz de sentir pode até ter o conhecimento racional de alguma coisa, mas será incapaz de tomar decisões com base nessa racionalidade. Diz Damásio:

---

7 AYRES, J. R. *Epidemiologia e Emancipação*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1995.

8 ALMEIDA FILHO, N. Interdisciplinaridade e Saúde Coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva* v.II (1/2), 1997. p.5-52.

9 SAMAJA, J. *Epidemiologia y Epistemologia*. Buenos Aires: Edeba, 1993.

10 SAMAJA, J. *Fundamentos Epistemológicos das Ciências da Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, tese de doutorado, 1997. (Mimeo.)

11 MARX, K. & ENGELS, F. *Basic Writings on Politics and Philosophy*. New York: Soble Day, Anchor Original, 1959.

12 MINAYO, M. C. S. de. *O Desafio do Conhecimento*. São Paulo. Hucitec, 1993.

13 DAMÁSIO, O. *O Erro de Descartes*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

*a razão pode não ser tão pura quanto a maioria de nós pensa que é ou desejaria que fosse. De outro lado, as emoções e os sentimentos podem não ser de todo uns intrusos na fortaleza da razão, podendo-se, inclusive, encontrar-se enredados nas suas teias para o melhor e para o pior (...) A emoção é um tema para o qual fui arrastado ao procurar entender a maquinaria cognitiva e neurológica subjacente, à razão e à tomada de decisões.* (1996:14)

Dentro do mesmo campo de raciocínio, Oliver Sacks (1995)[14] coloca de ponta-cabeça nossas formas convencionais de reflexão, mostrando que a imaginação da natureza é mais rica que a nossa e que devem ser estudados os fenômenos da saúde e das doenças nas infinitas formas de adaptação individual, mostrando como as pessoas se reconstroem diante dos desafios e das vicissitudes da vida.

*A enfermidade geralmente corresponde a uma contração da vida, mas isso não é uma fatalidade, e quaisquer que sejam os problemas, as pessoas buscam a vida, não apenas o despeito de suas condições, mas por causa deles e até mesmo com sua ajuda.* (1995:19)

O trabalho de Sampaio continua a saga dos questionadores do pensamento único para atingir um objeto, com um objetivo bem concreto: compreender o processo saúde/doença mental dentro do que denomina "epidemiologia da imprecisão". Ao circunscrever o título da obra, soma-se aos que, no mundo científico compreendem que o caos e a ordem, o uno e o múltiplo podem e devem conviver na mesa, na cama e casados como Dalí e Gala.

Para isso faz uma crítica radical a um tipo de epidemiologia, a meu ver demasiadamente generalizante,

*que traça proporções e freqüências valendo-se daquilo que é denunciado socialmente e acatado pelos serviços, numa perversa dialética entre denúncia, rótulo e diagnóstico; aceita o normal estatístico como normal moral e aceita a população como categoria natural.* (Introdução)

Seu trabalho está cheio de perguntas, muitas delas para serem respondidas pelo próprio avanço da transdisciplinaridade na área da saúde coletiva. Um desses avanços, a meu ver, seria a incorporação da teoria e do método da complexidade que, por sua vez, depende do diálogo entre o que há de mais novo no campo da neurologia, da biologia, das ciências humanas e sociais em geral. Outras dessas questões o autor enfrenta com denodo e vai, passo a passo, desdobrando em argumentos até dar respostas a suas hipóteses centrais. Sampaio é contundente e provocador nas conclusões que encaminha. A meu ver, avança os parâmetros históricos com os quais foram construídas a epidemiologia da personalidade, a epidemiologia do sofrimento psíquico e a epidemiologia da doença mental.

---

14 Sacks, O. *Um Antropólogo em Marte*. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

Realizando a crítica de cada um desses modelos, numa perspectiva de superação dialética, o autor propõe um caminho de pensamento que incorpora os conceitos de totalidade, historicidade, contraditoriedade e especificidade das condições efetivas em que os fenômenos se dão. Isso implicando num duplo movimento de compreensão da heterogeneidade do psiquismo e da população; e do campo específico da personalidade como expressão da consciência. Em seu livro, Sampaio não só encaminha o debate, como faz proposta de método para o trabalho empírico, colocando-a como anexo à discussão central. Todo seu esforço visa saturar o objeto de significado e acompanhar seu movimento impreciso e de difícil contorno e determinação.

Constituindo-se um marco na reflexão epidemiológica sobre o processo saúde/doença mental, é necessário que o seu esforço epistemológico continue. Que Sampaio, somando-se aos autores que questionam os limites de qualquer reducionismo no campo teórico-prático da saúde coletiva, possa ir contribuindo para aperfeiçoar um paradigma mais abrangente e mais consistente. As indicações de Morin (1996) sobre a "avenida da complexidade" podem ser valorosos subsídios para essa continuidade no que concerne ao método.

De qualquer forma, restam perguntas que, necessariamente, a ressignificação histórica dos temas da epidemiologia e da própria definição dos processos de saúde/doença mental permanentemente ressaltarão. Mais que isso, a temática em pauta será sempre uma componente sistemática (Morin 1993; Castiel, 1994) do complexo conceito de saúde que a própria sociedade cria para definir-se enquanto sociedade saudável.

***Maria Cecília de Souza Minayo***
Vice-Presidente de Ambinete,
Comunicação e Informação/Fiocruz

# APRESENTAÇÃO

Transformar minha tese de Doutorado em livro foi mais difícil que produzi-la. Sobretudo pelo frustrante percurso da busca da publicação, até à chegada no 'porto seguro' da Editora Fiocruz.

Não sei dividir meu trabalho em pedaços e publicá-los em revistas, pois, ao modo dos intelectuais do século XIX, atrai-me fortemente, sinto mesmo verdadeiro fascínio pela idéia de completeza, de totalidade artística.

As editoras brasileiras não criam mercado, agacham-se diante da cultura oral/visual de massa e do consumo de *best sellers* e produzem para a exígua parcela de população que adquiriu algum hábito de leitura. Daí a importância das editoras voltadas para o público acadêmico, atentas à racionalidade econômica, porém capazes de investir na socialização do conhecimento crítico que os intelectuais brasileiros ainda estão sendo capazes de produzir.

O trabalho defendido junto ao Curso de Doutorado em Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP, em 1992, procurou desafiar as limitações, incongruências e fracassos que eu percebia nas aplicações psiquiátricas da Epidemiologia. O desafio, a aventura, sequer teriam sido possíveis sem o apoio de Antônio Ruffino Netto, orientador tão rigoroso quanto generoso, de Ana Maria Fernandes Pitta, co-orientadora intuitiva e apaixonada, de Arturo Campana, parceiro e amigo que, desde o Equador, ajudou-me a refletir sobre a personalidade como objeto da Epidemiologia.

Terá o presente trabalho envelhecido em seu tortuoso percurso até a publicação? Ouso crer que não. Acompanho atentamente a produção científica na área e tudo está muito igual ao que diagnostiquei e analisei em 1992.

O livro reproduz a tese? Sim, porque a lógica, a argumentação e as contribuições originais dela estão aqui. Não, porque a linguagem mudou, partes foram transformadas, partes foram suprimidas, o Capítulo 2 sofreu verdadeira cirurgia plástica, parte da Conclusão foi transferida para o Apêndice. Suponho haver muita novidade no que re-apresento à comunidade acadêmica, aos epidemiólogos, epistemólogos, metodólogos, psiquiatras, psicólogos, professores e trabalhadores do campo da saúde, pesquisadores das áreas sociais e humanas.

Tenho testado conceitos, instrumentos e procedimentos, defendidos neste livro, em minha prática de professor do Mestrado em Saúde Pública e em minha prática de líder do Núcleo de Pesquisa Vida e Trabalho, ambos da Universidade Estadual do Ceará. As categorias, os conceitos, os procedimentos, os instrumentos de investigação, os ins-

trumentos de interpretação e as formas de exposição têm resistido ao teste do cotidiano, aqui e ali expresso numa razoável fortuna bibliográfica em livro: *Investigaciones en Salud Mental* (organizado por Arturo Campana, CEAS), *Indivíduo, Trabalho e Sofrimento* (autoria com Wanderley Codo e Alberto Hitomi, Editora Vozes), *Sofrimento Psíquico nas Organizações* (parceria com Wanderley Codo, Editora Vozes) e *Saúde Mental e Trabalho em Petroleiros de Plataforma* (autoria com Izabel Cristina Borsoi e Erasmo Ruiz, Editora UECE/FLACSO), entre outros.

Esta apresentação reproduz, portanto, um desabafo, um lamento, um alerta, um agradecimento especial aos orientadores e à Editora Fiocruz e, como todo trabalho científico constitui um trabalho coletivo, a todos aqueles que, com afeto e idéias, ajudaram-me e ajudam-me a prosseguir:

• A José Júlio, pai; Maria, mãe; Célia, mulher; Dafne e Dioniso, filhos; Ariadne, filha; pois eles me mantêm vivo.

• A Cecília Minayo, Naomar de Almeida Filho, Wanderley Codo, Jaime Breilh (Equador) e Suzana Martinez (México), sem cujos textos próprios, empréstimos de textos alheios, trabalho comum e/ou diálogos instigantes, o norte deste trabalho não teria sido encontrado. Pelo privilégio de estar sobre seus ombros eu deveria ver mais longe, mas... posso ter sucumbido ante a vertigem das alturas.

• A meus amigos e irmãos do Projeto Saúde Mental e Trabalho do Departamento de Psicologia e Educação/FFCLRP/USP: Antônio Álvaro Zuin, Erasmo Miessa Ruiz, Izabel Cristina Ferreira Borsoi, Lúcia Helena Soratto, Luiz Alberto de Jesus Martins (*in memoriam*), Rosa Virgínia Pantoni e Valéria Barbieri. Sobretudo a Alberto Hitomi, inteligência e lógica, obsessividade incontida e contido afeto oriental.

• Aos colegas de pós-graduação do Departamento de Medicina Social/FMRP/USP, especialmente a Itamar Sardinha Pinto, cuja paixão por bibliotecas me revelou raridades.

• Aos meus orientandos e aos meus colegas do Curso de Mestrado em Saúde Pública/UECE, sem cuja pressão criativa eu provavelmente teria reduzido meu desempenho acadêmico, desde que assumi as responsabilidades de Pró-Reitor de Pós-Graduação e Pesquisa de minha Universidade.

• Ao CNPq e a CAPES, pela bolsa durante o curso de Doutorado. Tantas vezes congelada e defasada, protegeu-me assim mesmo da caça por trinta empregos em tempos de inflação e recessão.

# INTRODUÇÃO

O espectro de um problema ronda as Ciências Sociais: de que modo apreender o fenômeno da doença mental como um processo coletivo?

A Psiquiatria lateraliza a questão, entendendo a doença como fato biológico individual e a relação saúde/doença pelo modelo da causalidade. Toma o sintoma pela doença e os fenômenos imediatamente associáveis como causa. Por um lado, um corpo a-histórico é o campo onde a desgraça ocorre; por outro, um mundo a-histórico constitui a cornucópia dos males. Para Costa (1981), excluindo o psicopático e tentando prevenir as probabilidades psicopatógenas, a Psiquiatria monta o hipogrifo de uma delegação de poder e sai em busca do Santo Graal da razão perdida.

A Psicologia Social, nos últimos quarenta anos, vem constituindo Saúde Mental como área aplicada, mas, como demonstram Freeman & Giovannoni (1968), como campo elusivo e difuso, conotativo, nada avançando para além do pântano conceitual. Torna 'tipo' o freqüente, busca descobrir os limites das capacidades sociais de tolerar desvios e erige o objeto personalidade como seu problema.

A Epidemiologia não tem sabido o que fazer: traça proporções e freqüências valendo-se daquilo denunciado socialmente e acatado pelos serviços, numa perversa dialética entre denúncia, rótulo e diagnóstico; aceita o normal estatístico como normal moral; pensa todo o fenômeno do sofrimento psíquico com base na compreensão psiquiátrica da psicose e aceita população como categoria natural. Goldberg (1982) demonstra que os estudos epidemiológicos têm sido decompostos em estudos de múltiplas relações parciais, com tratamento igualitário de variáveis, sem hierarquizá-las e sem considerar suas inter-relações. Em vez de uma concepção teórica, o que se tem é um processo de ensaio e erro, formalizado pela tradição, que vai codificando questões em características de pessoa, espaço e tempo.

O vestíbulo da pretensão de apreender processo saúde mental/doença mental como processo histórico-social e recortar tal objeto sobre população, obriga a repensar saúde mental, loucura, doença mental, população e Epidemiologia. Portanto, mais do que nunca, estamos desafiados a repensar o método.

Desde a adolescência, consumidor persistente de Sartre e Freud e descobrindo o continente da História segundo o marxismo, tenho me perguntado: Como lei econômica se transforma em convicção interiorizada, podendo até estar em contradição com a condição material do convicto? Se saúde mental, doença mental, representação sobre a saúde mental e representação sobre a doença mental são conteúdos da consciência, como distingui-las, colhê-las e classificá-las? O saber só se constitui como classificatório? Será no campo do caso que surgem hipóteses a serem testadas e comprovadas estatisticamente ou, pelo contrário, a estatística oferece tendências a serem testadas no campo do caso? E

'caso' reduz-se a indivíduo ou pode compreender grupo homogêneo segundo característica histórico-estrutural?

As tentativas de responder a estas perguntas levaram-me pelos caminhos da Psiquiatria Clínica, da administração de hospícios, do ensino de Psicopatologia, até o retorno, talvez, às mesmas questões, porém de outro modo, em outro nível de abstração.

Acredito que é possível conhecer o mundo, mas de modo transverso, fugidio, pois, quando o conhecimento se estrutura e se expressa, o conhecido já mudou, ou quando o conhecido se congela, o conhecimento pode abandonar sua relação com o empírico e tornar-se visionário.

Acredito que a doença mental tenha existência objetiva e que haja um específico psicopatológico gerador de sofrimento e paralisia, hidra de milhares de cabeças na Lerna dos modos de produção das condições de existência, principalmente quando estes se encontram em contradição com os modos de produção de verdades. Sendo assim, não acredito que a doença mental seja um desejável alternativo estado do ser, que seja uma pura construção ideológica de interesses postos em conflito, ou que seja fatalidade inescapável de um biológico cristalizado para sempre.

Acredito que a ciência se refaça permanentemente, despojando-se do concreto para entendê-lo, sendo, entretanto, desafiada a intervir no concreto e não na metáfora que inventou para compreendê-lo.

Acredito que garantir a historicidade do objeto que se investiga não nos obriga a recompor, a cada vez, toda a história da humanidade, mas gosto de historiografia crítica, de datas e anedotas, e vez por outra posso perder-me entre Minos, o Minotauro, e a rebelião do povo grego; entre Constantinopla e as Brumas de Avalon; entre a Revolução Industrial, a queda do muro de Berlim e o *impeachment* de um Presidente da República; tudo para entender o sofrimento psíquico de José da Esquina.

As convicções do autor são as armas com as quais entra em campo, pois não revive o mito de Adão ou o do Bom Selvagem. É preciso revelar estes apriorismos e transformá-los em perguntas. Todas as crenças se transformam em indagações: será? como será? por quê?

A Psiquiatria, a Psicopatologia e a Epidemiologia têm vivido, nos últimos trinta anos, um grande ajuste de contas com suas concepções, instrumentos, objetos e objetivos. Crises são terreno fértil para o deleite especulativo e para o niilismo, sendo imperativo que possamos escapar destas duas armadilhas. Basaglia (1985), retomando Gramsci, sem destacar especificamente a Epidemiologia, mas também a ela se aplicando, convoca-nos para o pessimismo na teoria e o otimismo na prática.

Qual o caminho a seguir para iniciarmos os movimentos de aproximação ao problema apenas intuído, ancho em suas dimensões, fosco em seus limites?

Como pensa Minayo (1990), para os problemas da saúde pública, a questão da determinação e distribuição dos transtornos mentais também coloca uma questão epistemológica crucial: nenhuma disciplina por si só pode dar conta deste objeto. De que modo responder, senão interdisciplinarmente às perguntas-chave: Como o biológico, o social e o psicológico interexpressam-se, interdependem-se, interdeterminam-se e inter-realizam-se? Como se dão as mediações?

No campo da Medicina, estas questões têm sido área de cobertura, nem sempre de competência, da Epidemiologia. Mas que afazeres a Epidemiologia abarca? Que concepções sobre determinação, produção, distribuição, população, saúde, doença, ela articula? Quantas vezes uma epidemiologia, a serviço de uma Medicina Social, nasceu e morreu? De quantos modos renasceu? Que social é este que ela vasculha quando tenta mensurar as muitas faces das condições de existência?

Quatro grandes sistematizadores (Masse, 1976; Lilienfeld, 1978; Rouquette, Breart & Padieu, 1985; Coutinho, 1987) mostram-nos uma multiplicidade de definições e abordagens. A multiplicidade pode estar caracterizando ciência em constituição ou momento de contestação interna da ciência, com certeza situação muito dinâmica.

Tomando aleatoriamente três textos, de difundido uso pedagógico nos cursos de saúde pública, o que se observa?

> [Epidemiologia] *é o estudo da distribuição e dos determinantes de doenças e agravos à saúde em populações humanas. (...) Como a distribuição das doenças e agravos é irregular mas não por azar, (...) precisamos ordenar cadeias de inferências que ultrapassem os limites da observação direta.* (Mausner & Bahn, 1977)

> *A Epidemiologia é o estudo dos padrões de ocorrência de doenças na população humana e dos fatores que determinam estes padrões.* (Antunes, 1984)

> *Epidemiologia é a disciplina que estuda a ocorrência de fenômenos de interesse ao campo da saúde.* (Miettinen, 1985)

Vemos que o objeto se expande, mas as regularidades se mantêm. E se a leitura for orientada na direção de autores críticos, realizadores de reviravolta epistemológica?

> *Tem representado tentativas de explicar a desigualdade das distribuições de mortalidade e morbidade. (...) Constitui disciplina heterogênea quanto a objetivos, métodos e práticas que, (...) considerando o corte descritiva x analítica, pode ser entendida como duas ou como uma com duas etapas. (...) Tem como características principais o esforço para identificar grupos de risco, o modelo etiológico (linear, explicativo, destacando o peso da influência particular) e a análise estatística (medir forma e intensidade de associações, estabelecendo nexos causais). Toma saúde como categoria isolada e dependente, através de uma visão funcional-normativa, a ser cruzada sucessivamente com variáveis independentes (fatores de risco). (...) Encontra segurança e coerência na Biologia, admitindo para o domínio sócio-econômico um papel indireto, frouxo, representado por fatores favorecedores, predisponentes, confusionais, apagadores.* (Goldberg, 1982)

> *A Epidemiologia tradicional, indutivo-observacional, é irremediavelmente positivista. (...) Está vinculada e submissa ao método indutivo, elegendo a observação como característica que a distinga de outras da área, dependentes da experimentação. (...) Reduz à idéia de causa a relação entre os termos da hipótese. (...) Usa a determinação causal para a construção dos nexos e a determinação estatística para o teste de hipóteses.* (Almeida Filho, 1984)

Retomando Miettinen (1985), fica evidente a expansão do objeto, cada expansão incorporando a anterior, mas mudando o paradigma: do epidêmico ao endêmico, da mortalidade à morbidade, do agudo ao crônico, do físico ao psíquico, da doença a qualquer fenômeno no campo da saúde, da descrição à compreensão dinâmica, da centração no fenômeno à centração na determinação.

Mas o salto crítico não questiona os elementos básicos: estudo da distribuição de fenômenos sanitários sobre população humana e seus determinantes. O objeto expande-se, o modo de compreender população transforma-se, o olhar sobre o objeto e sobre a relação entre objeto e população sofre cruciais metamorfoses. O que há é uma revolução metodológica em marcha. Buscando amparo em Breilh & Granda (1986), podemos ousar a definição, provisória, que norteará o debate travado neste livro, o qual, espero, será provocador de outros debates:

> *Epidemiologia é uma ciência social, empírica, prática, que estuda distribuição, determinação e modo de expressão, para fins de prevenção, planejamento e produção de conhecimento, de qualquer elemento do processo saúde/doença, hierarquizando valores (que permitem diferentes possibilidades de saúde e sobrevivência) e contravalores (que permitem diferentes possibilidades de doença e morte) em relação a momento histórico e população significativa.*
>
> *A investigação epidemiológica objetiva construir perfil de características sanitárias e perfil de reprodução social (produção + reprodução) dos diferentes grupos sócio-econômicos (classe social realizada no cotidiano dos agentes produtivos), buscando, criticamente, compreender o primeiro pelo segundo.*

A definição desdobra os conceitos de distribuição (padrões de ocorrência, prevalência, incidência), mediação (seqüência integrada de elementos e processos que pertençam a outra esfera, considerada de determinação, e estejam presentes na esfera em estudo), probabilidade, preditividade, modo de expressão (as aparências, sinais, sintomas e síndromes) e processo saúde/doença (concepção concreta que revela o caráter dinâmico da realidade objetiva e implica a compreensão dos termos como qualidades diferentes da experiência vital).

O entendimento de saúde/doença como processo, qualitativamente diferenciado de normal *versus* anormal (concepção estatística), certo *versus* errado (concepção moral) e graça *versus* desgraça (concepção sobrenatural), também permite deslocar a investigação dos impasses gerados pela prisão aristotélico-cartesiana da causalidade (uni, multi, triádica) e superar, tanto a oposição entre fisiológico, psicológico, social e econômico, como a redução de um ao outro.

Está proposto o reencontro do conceito com a etimologia: epi – demos – logos = discurso do que acontece sobre o povo. E a etimologia trai o ato falho: o que é que acontece e se torna objeto do discurso?

Agora, impõe-se buscar outro acordo: sobre as aplicações da Epidemiologia. Para isto, faz-se necessário retornar ao esforço classificatório de Rouquette, Breart & Padieu (1985). Os autores afirmam que a Epidemiologia é uma só (definida por elementos essenciais que constituem numerador e denominador da equação humana vital), mas que

contém uma discriminação interna a resultar da análise dos diferentes objetos, objetivos, níveis de análise, métodos e teorias:

• Pela matriz teórica – em que outra ciência, dominantemente, vai buscar suas mediações: Biologia? Sociologia? Economia? Aqui afirmamos que o objeto da Epidemiologia obriga esforço interdisciplinar para seu conhecimento. Se a mediação é complexa, como resolver a equação tomando como referência apenas uma outra ciência? Mas esta ida ao interdisciplinar não será suficiente e operativa se, simultaneamente, os saberes não articularem mesmo espaço de racionalidade e se não houver crítica epistemológica.

• Pelo método – que processo de produção de conhecimento é aplicado: positivista? funcionalista? dialético? compreensivo? Aqui tentamos demonstrar que a dialética é o método por excelência para dar conta de fenômeno tão evanescente e mutável, tão dinâmico e complexamente determinado. Como pensa Luporini (1978), o conceito dialética evoca de imediato as noções de diálogo e movimento, não qualquer diálogo, mas aquele entre o abstrato e o concreto; não qualquer movimento, mas aquele ligado a um processo de conhecimento capaz de esclarecer determinações em contradição.

• Pelo nível de análise – macro ou micropopulação? População em geral ou qualificada? John Paul, em 1966, tomando por base a denominação Epidemiologia Clínica, introduziu um paradoxo, pois Epidemiologia refere-se a estudo sobre população e Clínica, a estudo sobre indivíduo. Parece que John Paul confundia nível de análise com objetivo, ou pretendeu oferecer à Epidemiologia um nível analítico quase clínico, uma pequena comunidade íntima como população. Também é possível que a denominação tenha sabor ideológico: na Clínica, radicar-se-ia a cientificidade e, chamando a Epidemiologia de Clínica, estar-se ia concedendo à Epidemiologia o estatuto de ciência. As investigações que concretizem populações segundo suas condições de produção/reprodução da existência, tais como trabalhadores de determinada categoria profissional, alocada em determinada empresa – e não amostras aleatórias de cidades, nações, continentes – podem oferecer melhores resultados críticos.

• Pelo objetivo – a que finalidade o estudo se destina: Planejamento de rede de cuidados? Administração de cuidados? Revelação de associações lógicas? Comprovação de determinações? Estabelecer para a Epidemiologia apenas o objetivo de revelar associações lógicas, por exemplo, é empobrecê-la. Isto é tarefa de algumas de suas possibilidades técnicas: descrição, cortes transversais etc., mas não esgota seu leque de objetivos.

• Pelo objeto – o que é estudado? O que é explicado? O esforço de investigação se aplica para revelar o quê? O objeto e seus limites constituem o domínio de cada epidemiologia possível.

Dos cinco eixos classificatórios, talvez os mais importantes sejam matriz teórica e objeto, pois eles levam à escolha do método. Da articulação entre matriz teórica, objeto e método, definem-se os níveis analíticos, os procedimentos, as etapas, as técnicas. O objetivo leva a algumas orientações específicas. Quando diante de um estudo epidemiológico, qualquer estudioso terá de se perguntar sobre os cinco eixos para entender o que foi feito e significar caminho e achados.

Talvez caiba a Spitz & Martius, em *Viagem pelo Brasil,* no século XVIII, o primeiro registro para a construção de uma Epidemiologia do domínio psiquiátrico em nos-

so país. No meio de descrições ecológicas, demográficas, botânicas e zoológicas, depois de definir região e tempo da viagem, dizem: "encontramos dois loucos". Onde alocar estes dois raros *especimens* brasílicos nos sistemas classificatórios de plantas, bichos e paisagens? Que estranhas flores mórbidas foram colhidas nos matos de Minas Gerais por dois sábios europeus?

Desde as possessões santas ou demoníacas, as epidemias psíquicas e os dois loucos tropicais, a Psiquiatria introduz problemas e paradoxos na Ciência: distinguir o humano do divino; o louco da loucura; a unidade da doença da crise como doença; a coisa da representação da coisa, sendo ambas conteúdos da consciência; o que é do observado do que é do observador; a quantidade da qualidade; a essência da aparência; definir o impreciso, congelar o mutável.

Coutinho (1987) sistematiza o que, a seu ver, são as principais dificuldades da Epidemiologia Psiquiátrica: baixa confiabilidade do diagnóstico, influência radical da subjetividade do diagnosticador (informante-chave, profissional), descritividade dos instrumentos coletores de dados, na maioria baseados em auto-resposta, capazes de colher as representações que o sujeito faz de seu estado mental).

Sougey (1988) leva adiante a análise, listando outros problemas: organização de trabalho das instituições que atendem/pesquisam, o *quantum* de experiência pessoal do diagnosticador, o sistema classificatório utilizado. É importante destacar que tanto Sougey quanto Coutinho estão arrolando dificuldades técnicas sem questionar mais profundamente as opções teóricas, os paradigmas, as mundividências, a historicidade do fenômeno, os enviesamentos socioculturais maiores.

Campana (1988), tomando personalidade como objeto da Epidemiologia, hierarquiza alguns problemas fundamentais: como apreender personalidade pelo pensamento; de que modo construí-la como objeto da Epidemiologia; como expressar este objeto pensado; como distinguir o que seja da ordem do sujeito do que seja da ordem do objeto; como integrar técnicas qualitativas e quantitativas para dar conta de objeto tão complexo que circula no campo da subjetividade e dos valores. Isto é, como dar conta de algo cujas cadeias significadoras estão sempre circulando ocultamente e sempre se expressam fora do lugar?

A análise da literatura revela claramente este vazio: Almeida Filho (1990) identifica *Esse Obscuro Objeto da Epidemiologia* (Goldberg, 1982), *Epidemiologia Teórica* (Miettinen, 1985) e *A Epidemiologia entre Fogos* (Breilh, 1987) como praticamente as únicas tentativas contemporâneas no sentido de desenvolver a questão epistemológica do objeto de conhecimento da Epidemiologia. No domínio psiquiátrico, o silêncio.

Que coisa é doença mental? É passível de observação, isolamento e quantificação? É gerada por antecedentes padronizáveis, repetíveis, preditíveis? Quais os confundidores histórico-estruturais? Quantas epidemiologias psiquiátricas (da personalidade, da neurose, da psicose, por sintomas) são possíveis? O problema está identificado, delineado e valorizado. Vejamos como tal problema será desdobrado ao longo do livro.

Nesta Introdução, uma história do problema e uma declaração de princípios do pesquisador servem para alicerçar o texto inteiro.

No Capítulo 1, pretende-se acompanhar criticamente o percurso da Epidemiologia e seu uso psiquiátrico. Em seguida, demonstrar-se-á que se atrasou, que traduziu as

concepções gerais para seu objeto específico sem sequer adaptá-las, permanecendo marginal. Por quê? Pela concepção de social implícita no método, pela natureza singularmente complexa do objeto, pela impotência dos instrumentos de coleta de dados que pretendem mensurar qualidades (capazes de descrever fenômenos, mas incapazes de julgar se é traço de personalidade, reação conjuntural ou doença) e pelo Positivismo. O problema da Epidemiologia psiquiátrica é a construção de um método que permita enfrentar objeto que escapa e ressignifica-se a cada mudança de referência histórica.

Discutir o método científico e o método epidemiológico será objetivo do Capítulo 2, apontando para a dialética como instrumento capaz de dar conta da complexa dinâmica do objeto, bem como das complexas dinâmicas indivíduo/sociedade e normal/não normal. O desafio principal do capítulo será ajustar uma concepção e uma prática de pesquisa, no centro mesmo de uma polêmica, dentro e fora do marxismo, sobre o que seja dialética. Há quem a defina próximo às noções de historicidade, de totalidade, de desconstrução/reconstrução da realidade concreta para a realidade pensada. Há quem a veja como uma religião ou como o nome que se dá a qualquer pesquisa bem realizada e bem apresentada.

O Capítulo 3 tratará de população, o denominador da Epidemiologia. Como qualificá-la para a investigação da doença mental? Que concepção de social está implícita nas concepções de população. Que classe social operacionaliza população nas sociedades estruturalmente heterogêneas? Em seguida, indicam-se possibilidades de, por sua vez, operacionalizar classe social para os objetivos da pesquisa epidemiológica psiquiátrica. O instrumento conceitual desenvolvido, com originalidade, é o de 'população epidemiológica'.

O numerador desta Epidemiologia, como qualificá-lo? No Capítulo 4, discute-se a complexidade do processo saúde/doença mental e as fronteiras entre normal/não normal, doença/sintoma/personalidade, doença mental/alienação. Indica-se uma nova taxonomia possível. Se doença mental, saúde mental e a representação de ambas são conteúdos da consciência, o que realmente é identificado quando assestamos nossos instrumentos na direção de uma população? O próprio domínio psiquiátrico pode ser outro a cada concepção de indivíduo, de sociedade e de colapso da relação entre os dois. O instrumento conceitual desenvolvido, com originalidade, é o de 'modo de reapropriação'.

A Conclusão sistematiza as conclusões parciais obtidas em cada capítulo anterior, pois há uma natureza modular e integrada do texto.

No Apêndice, ousa-se um esboço de modelo de investigação. O arco do texto se completa e, como sempre, provisoriamente. Mas é assim que se faz amor, poesia e ciência. O que temos sempre a oferecer senão outra aventura intelectual?

# 1

# EPIDEMIOLOGIA PSIQUIÁTRICA: RETARDATÁRIA, DERIVADA, MALTRATADA

A concepção que estabelece a equação saúde/doença como um processo e este processo como histórico, no domínio psiquiátrico, gera novos problemas para a teoria, o método e o desenvolvimento de instrumentos, tanto de coleta de dados como de interpretação.

A dupla novidade – do domínio e da concepção – obriga-nos a um balanço mínimo das soluções encontradas no passado, das visões dominantes e daqueles momentos em que algo parece nascer, mas as organizações sociais vigentes não legitimam. Sem pretender realizar historiografia exaustiva, evitando, porém, dizer que tudo começa às margens do Tâmisa no século XIX, o objetivo deste capítulo é comparar o desenvolvimento histórico das concepções epidemiológicas sobre processos físicos e psíquicos.

A literatura sobre história da Epidemiologia, da Epidemiologia Psiquiátrica e da Psicopatologia encontra-se dispersa por introduções de livros, manuais, artigos e revisões bibliográficas. Ora é relato de datas e fatos, ora é elucubração sem diálogo com os fenômenos concretos. Do material analisado, foram selecionados oito textos para coleta de dados da história da Epidemiologia,[1] nove, para a coleta de dados da história da Epidemiologia Psiquiátrica[2] e dez textos críticos para orientar o corte temporal em momentos significativos das duas histórias.[3] Além disso, procedeu-se à revisão dos últimos cinco anos de seis periódicos, dos quais dois internacionais e quatro nacionais, para avaliar o tratamento dominante dado à Epidemiologia Psiquiátrica.

Três perguntas são feitas aos textos: Qual a relação entre fases dos desenvolvimentos das epidemiologias de processos físicos e psíquicos? Hipótese – A Epidemiologia Psiquiátrica é retardatária. Qual o estatuto metodológico da epidemiologia de processos psíquicos em relação ao da epidemiologia de processos físicos? Hipótese – A Epide-

---

1 Almeida Filho (1988); Barreto (1990); Gordon (1988); Mausner & Bahn (1977); Maxcy-Rosenau (1973); Mazzafero & Saubert (1976); OPS/OMS (1988a, 1988b).

2 Almeida Filho (1987); Almeida Filho, Santana & Mari (1989); Coutinho 1987; Kaplan & Sadock (1984); Kolb (1973); Lemkau (1973); Santana (1982); Santana, Almeida Filho & Mari (1988a, 1988b).

3 Almeida Filho (1984); Almeida Filho & Rouquayrol (1990); Beauchesne (1989); Breilh & Granda (1986); Brett (1972); Foucault (1980); Goldberg (1982); Rosen (1974a, 1974b); Silva (1985).

miologia Psiquiátrica é derivada, recebendo transplantes teóricos e técnicos. Qual a magnitude atual do interesse na pesquisa epidemiológica de processos psíquicos? Hipótese – A Epidemiologia Psiquiátrica é sub e maltratada.

Para as duas primeiras perguntas, o método de leitura dos textos é o seguinte: retirar datas e fatos e seqüenciá-los cronologicamente, simplificando a referência bibliográfica. Nenhuma data ou fato é referido que não esteja citado num dos 25 textos escolhidos. A fonte é indicada diretamente quando a referência for a interpretação.

Para a última pergunta, o método de leitura é, primeiramente, descritivo-estatístico: Que proporção de estudos ligados à Epidemiologia Psiquiátrica está sendo publicada pelos principais periódicos da área? Estabelecida a proporção, desdobra-se estudo analítico: O que é privilegiado nos estudos?

## GRÉCIA E ROMA

Entre os séculos IV a.C. e II d.C., algumas concepções sobre saúde, doença, corpo e mente se desenvolveram, deixando fortes marcas na História. O desenvolvimento foi holístico, porém contraditório, não linear, e vem servindo de tempo-base para os retornos em busca do berço das idéias ocidentais.

Hipócrates (1978), Pai da Medicina, em pelo menos três textos (*Sobre a Doença Sagrada* trata da epilepsia e da lógica física, humana, do adoecer; *Ares, Águas e Lugares* apresenta princípios ecológicos sobre a distribuição das doenças e *Epidemia,* sobre a repetição de padrões de morbidade em um povo), constrói a idéia de que a dinâmica das doenças passa pela dinâmica das populações, e que a intervenção no doente pode aliviá-lo, pode até salvá-lo da morte, mas não afeta as possibilidades do adoecer.

Até então toda epidemia era 'peste', toda insanidade era 'paranóia', e esta última resultava de dois tipos de possessão: pelas deusas Mania ou Lissa. O sujeito não era sujeito do que ocorria, era um lugar para a expressão de forças cósmicas. E o sagrado combatia o sagrado: homens especiais punham entre parênteses o doente e interrogavam o cosmo através do vôo dos pássaros, da disposição de pedras sobre o solo, das vísceras de animais. As disposições eram interpretadas e daí emergiam causas, possibilidades de intervenção e predições sobre a saúde das pessoas e dos povos.

A Escola de Cós torna o sujeito sujeito do que lhe ocorre. É a ele que se interroga e é dele que parte o interpretável, mas sem descolamento total do sagrado: *anamnesis* – reconstituição comemorativa de evento sagrado, recuperação do perdido pela memória, combate à perda de memória que é a morte, celebração da recuperação da vida (*Encyclopaedia Britannica,* 1979). Embora o *Dicionário Etimológico* (Cunha, 1982) encontre anamnese como figura de retórica pela qual se finge recordar algo esquecido, pontua sua entrada na língua portuguesa, no século XIX, já com o sentido de entrevista médica.

Uma grande construção conceitual é iniciada: corpo = totalidade soma/psique; soma = base material do corpo; psique = base espiritual do corpo; sonho = corpo sem seus próprios obstáculos e limites; *crasis* = funcionamento ótimo do corpo; *dyscrasis* = desequilíbrio do corpo, desintegração funcional interno/externo; *epidemeion* = aquilo que visita a comunidade; *endemeion* = aquilo que reside na comunidade. A visão é holís-

tica mas deixou de ser mágica. Corpo e mente são unos e sofrem injunções materiais. Saúde é equilíbrio corpo/mente e interno/externo.

Este esforço permite a Erasístrato descrever nervos e cérebro. Também permite a Platão, no *Timeus*, chamar de aberração mental a desarmonia corpo/mente – aqui se perde a integridade interno/externo – e no *Fedro*, propor uma classificação destas aberrações: Profética, Teléstica ou Ritual, Poética e Erótica. Delírio místico, obsessividade, devaneio e sexualidade são os eixos classificatórios. Torna-se possível aqui estudar a mente como dimensão independente: corpo e mente remetem para campos, possibilidades investigativas e critérios interpretativos diversos.

Os discípulos de Hipócrates, priorizando a questão política da luta contra os charlatães, buscam legitimidade na cura imediata de cada sujeito, afirmando um grupo profissional com prestígio social e poder de pressão. Suas necessidades práticas, no bojo das convulsões sociais do mundo helênico no alvorecer da dominação romana e do cristianismo, concretizam desdobramentos em desacordo com os princípios hipocráticos. Nascem e morrem uma prática clínica e investigativa que poderia fundamentar uma Medicina Social.

Alguma herança sobreviverá no mundo romano. Asclepíades retomará a classificação das doenças: frenites (febre com excitação motora) e mania (excitação motora sem febre). Esta última, adstrita ao campo mental, é, por sua vez, dividida em ilusão e alucinação. Cícero e Sêneca descreverão os estados da alma: razão (equilíbrio) e paixão (perturbação). Se Cícero prioriza o estudo do desejo violento, a que denomina libido, Sêneca rastrea as várias faces da paixão. O Direito Romano introduz a questão da incapacidade civil e da inimputabilidade penal. Galeno consuma a descrição da epilepsia e da histeria, afirma que os estados mentais doentios podem ser tratados através de ações sobre o corpo, e se pergunta: como o médico poderá explicar a loucura se a alma for imortal?

O fim da magia estraçalha o objeto. Corpo e mente são cindidos, mas a natureza humana destes campos e de seus fenômenos se afirma, em pé de igualdade... por pouco tempo.

## IDADE MÉDIA

O corpo cindido lança a psique na alma cristã e a alma cristã nas convulsões da possessão. Entre os séculos III e XIII d.C., a possessão serve de porta-voz a Deus ou ao Diabo, e tudo é feito para identificar aquele que fala através do possesso. O corpo é substrato desprezível e a mente é *medium*. Os demônios masculinos e femininos espreitam o sono dos humanos.

Mas na fronteira do mundo europeu, entre frades realistas e sábios árabes ou hebreus, havia resistência: Ishaq ibn Amram, em *Tratado sobre a Melancolia*, estabelece uma nosografia da depressão ainda hoje válida; Alexandre de Talles descreve a psicose maníaco-depressiva; Avicena (980-1037 d.C.) classifica os loucos em licantrópicos (sonambúlicos melancólicos que gostam de cemitérios) e afeminados (distúrbio da natureza humana viciada pela degradação moral), além de afirmar existência de duas naturezas da alma: a imortal e a vital, esta última podendo ser motora ou sensitiva, capaz de desenvolver poderes (*vis formans, vis cogitativa, vis aestimativa, memoria*) localizados em áreas

cerebrais específicas. Mas este corte provocado por Avicena leva a uma disciplina moral, facilmente recuperável pelo pecado e pela expiação, pelo crime e pelo castigo.

No final do período, como exceção à tendência geral, Constantino, o Africano (1020-1087 d.C.), fala de tristeza (perda de objeto e/ou de pessoa amada), de medo (enfrentamento do desconhecido), de alheamento (enfrentamento do vazio), de ilusão (ambivalência do afeto) e de culpa (temor a Deus). Já no século XIII, Tomaz de Aquino (1225-1274 d.C.) dirá que o desregramento do espírito resulta do poder do demônio e de influências astrológicas, estabelecendo duas claras proposições: no campo da alma imortal nunca é Deus quem desregra; o desregramento pode ter causa física, embora remota. Mesmo diante de causa física, o sujeito desregrado é um possuído, de vontade inexistente ou lateralizada.

Mas no campo que ficou para o soma, algo precoce, forte e duradouro se estabelecia. Já no século IV, o Patriarca Anastácio, de Constantinopla, numa homilia sobre as doenças, estabelece uma distinção entre as epidemias: umas, por cólera de Deus; outras, por miasmas deletérios. Parte do campo estava aberto à investigação dos homens, conquanto não confundissem os tipos. Tal tradição segue viva, dominante, até o século XIII, quando vamos surpreender o Bispo de Lyon excomungando os insetos de sua diocese: intermediários do mau, porém naturais. Inaugurava-se o inseto diocesano, como hoje o temos municipal, estadual, nacional.

Entre os miasmas de Anastácio e a alma vital de Avicena, seis séculos nos contemplam. Um pouco dos gregos penetrava lentamente na cristandade. Ao que era do soma, da lama, os homens puderam rapidamente se dedicar; enquanto a psiquê, esta retardatária, como espírito, escapava.

## DA RENASCENÇA AO SÉCULO XVII

Mágicos e materialistas, holísticos e maniqueístas, encontrarão uma lógica médica qualquer para se abrigar, no período que vai do *Quatrocento* ao século XVII. As escolas, literalmente, digladiam-se: iatroteosóficos, iatroquímicos, iatromecânicos, animistas, vitalistas, hipocrático-galênicos. Embora separados, corpo e mente se encontram no humano.

Desde a instituição da quarentena, na Ragusa de 1377, passando pela instituição dos conselhos especiais de saúde, na Veneza de 1485, as prevenções contra epidemias são ordenadas. A noção de germe entra numa polêmica – a da geração espontânea –, que se arrastará pelo período e invadirá o século XVIII: Needham dirá que a pode comprovar, Spallanzani dirá que é incomprovável. Seja qual for a idéia sobre saúde e doença, deve ser apresentada sob determinada linguagem e desdobrar prática comprobatória.

Girolamo Fracastoro (1483-1553) descreve tifo exantemático, sífilis e tuberculose pulmonar, incluindo as noções de evolução, tipos, contagiosidade e portador são. Ambroise Paré (1510-1590) desdobra duas causas associadas, não excludentes, para a sífilis: a ira de Deus e o contágio de pessoa já doente (via contato sexual, uso de roupas, toque em ferida, toque em saliva). Na Espanha, que tanta influência guardava dos árabes, Angelerio publica, no século XVII, um vasto estudo sobre a peste, denominado *Epidemiologia*, inventando o termo.

Almeida Filho (1988) expõe que a Epidemiologia se estrutura, conceitual e historicamente, a partir do desenvolvimento da Estatística, da Clínica e da Medicina Social. Aquele nome ibérico passa a referir uma disciplina, pois o primeiro elemento, a Estatística, começa a consolidar-se: John Gaunt (1620-1674) e William Petty (1623-1697) desenvolvem, na Inglaterra, a estatística médica, vista como uma aritmética política.

Parece a Foucault (1980) que a Clínica e o seu método, o anatomopatológico, instauram-se quando a racionalidade da vida é considerada idêntica à daquilo que a pode afetar, quando o doente é visto como a doença que adquiriu traços singulares, quando os órgãos são vistos como suportes sólidos da doença, mas não condição indispensável. O século XVII assiste à redistribuição complexa das relações entre descrição e coisa descrita, significante e significado, sintoma e doença, lesão e o mal que ela assinala, acontecimento e o que ele prognostica. O segundo elemento definido por Almeida Filho (1988) começa a surgir e estabelecer-se.

O terceiro elemento começa a tomar corpo na Alemanha. Rosen (1974a, 1974b) fala-nos de um conjunto de práticas que estão constituindo a medicina alemã, pelo correr do século XVII. A Polícia Médica transforma o médico em funcionário do Estado, integra suas ações e alocações em lógica militar e salva soldados da invalidez ou da morte. O heterogêneo e belicoso conjunto de principados germânicos não pode permitir que alguém morra fora de combate. É o apanágio da cirurgia – já se sabe como organizar recursos e o que extirpar de um sujeito para que o resto possa permanecer lutando em nome do Príncipe.

Quanto às doenças do espírito, em 1486, quando Jacob Sprenger & Heinrich Kramer publicam o *Martelo dos Malignos*, onze séculos depois do Patriarca Anastácio, loucura era ainda apenas uma expressão de possessão. As possessões eram classificadas em três tipos, cada qual remetendo para prática interventora específica: bruxaria, para a fogueira; loucura, para a nau dos insensatos; mau-olhado, para o exorcismo.

Menos de um lustro depois, simultaneamente a Fracastoro, Johan Weyer proclamará a existência da possessão e da loucura como entidades distintas. Têm formas que podem ser confundidas, mas representam fenômenos essencialmente diversos. A primeira é competência da Igreja, a segunda é competência da Medicina. A possibilidade de estudo de fenômenos não físicos tem agora dois domínios: o da alma e o da mente. Os inquisidores montam critérios diagnósticos, elementos para inclusão/exclusão, tipologia, hipóteses sobre distribuição e propostas de intervenções terapêuticas, para a primeira. Os médicos, para a segunda.

Paracelso (1493-1541) não mais se preocupa com a alma e classifica as doenças mentais por hipótese causal: *lunatici* (alteração de comportamento causada pelo movimento dos astros), *insani* (alteração hereditária ou congênita), *vesani* (privação de sentidos por alimentos ruins e/ou excesso de bebidas alcoólicas) e *melancholia* (vício intenso por deterioração moral). Também propõe que, para doença mental, seja feito tratamento mental, caracterizado por aconselhamento, argumentação e sugestionamento.

Felix Pater (1536-1614) monta uma classificação das doenças mentais por faculdade mental mais afetada: *mentis imbecilitas, alienatio, defatigatio* e *consternatio*. Em 1609, Platero publica o *Praxeos Tratactus*, no qual afirma a complexidade das doenças mentais e diz que, para elas, um esforço classificatório bem-sucedido deve articular vá-

rios eixos: o da causa provável, o do principal sentido afetado (imaginação, razão, memória), o do modo como o sentido é afetado (redução, abolição, exagero, perversão) e a existência ou não de outros sintomas.

O jardim das espécies mentais estava instalado. Cada classificação era posta de lado logo que outra era proposta. O corte não é mais entre divino e humano, mas, dentro do humano, entre físico e psíquico, e, dentro do psíquico, entre experiência trágica e experiência crítica, felicidade e falsa felicidade, racionalidade e irracionalidade.

Paolo Zacchia (1440-1502) supunha que o entendimento da doença mental advinria da observação do comportamento: linguagem, ações, capacidade de julgar e estado emocional. Gockel (1547-1628) cunha a palavra Psicologia. Spinoza (1632-1677) afirma que os fenômenos físicos e psicológicos são aspectos do organismo vivo. A Renascença promove, embora em separado, desenvolvimentos semelhantes para os estudos sobre o corpo e sobre a mente.

## O ORGÂNICO NA CÉLULA E O MENTAL NO MORAL

Para os autores dos textos selecionados, principalmente para os debatedores da publicação da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPS/OMS, 1988a, 1988b), é entre os séculos XVIII e XIX que se situam os fundamentos das ciências médicas contemporâneas: da Biologia à Psicopatologia e da Epidemiologia à Clínica. Estas ciências delimitam campos, objetos e objetivos; afirmam lógicas de abordagem e interpretação; elaboram instrumentos e constroem linguagem para comunidade de pesquisadores com estatuto social distinguido.

Desejando sistematizar o que foi realizado nestes dois séculos, tentando escapar ao fenomênico e à multiplicação de experiências em ritmo frenético, os referidos debatedores estabelecem três cortes fundamentais para a compreensão da história da Epidemiologia contemporânea:

Primeiro corte: pela segunda metade do século XVIII, quando Lacroix elabora quadro que contém e classifica as doenças conhecidas, Juan de Villalba sistematiza a Epidemiologia como história das epidemias e Jenner produz a vacina antivariólica. Este primeiro corte corresponderia ao momento fundador.

Segundo corte: pela segunda metade do século XIX, quando as pesquisas de Villermé, aplicando enquete social para estudar mortalidade e estabelecendo a relação mortalidade/renda, são substituídas pelas pesquisas de Pasteur, centradas em experimento laboratorial, revelando aos homens o mundo das bactérias; quando a Revolução Industrial inglesa cria condições para a saúde pública instituir-se como política de Estado, porém transforma o gesto médico em mercadoria e hipertrofia o uso individual da clínica; quando os revolucionários radicais (Virchow, Alemanha; Alison, Escócia; Stanaway, Inglaterra; Quetelet, Bélgica; Villermé, França) tentam dar sobrevida à Teoria Mismática, capaz de garantir, pelo holismo, a presença das condições sociais na gênese do adoecer, entretanto perdem a luta para a Teoria do Contágio, que ganha sobrevida e legitimação por meio da Teoria Microbiana. Este corte corresponde à primeira transição epidemiológica, do social ao biológico.

Terceiro corte: o reverso do segundo corte, quando uma Teoria Sociológica da Epidemiologia volta a se impor por volta dos anos médios do seculo XX. Será discriminado no próximo subcapítulo.

Lind, Panum, Snow, Finlay, Carrion, Baker, Takaki, Semmelweiss e Chagas estabelecem o quadro básico do conhecimento sobre as doenças infecciosas, com alguma sensibilidade social. Com Pasteur e Koch, passa-se a buscar um agente único, socialmente neutro, de natureza biológica, chamado micróbio.

John Snow, chamado Pai da Epidemiologia, habitante da Inglaterra no início da Revolução Industrial, com uma compreensão capaz de integrar a cidade de Londres, o rio Tâmisa, três epidemias de cólera (1847, 1849 e 1854) e o sistema privado de distribuição de água, equacionou a relação água/cólera, antes mesmo da identificação do micróbio por Pasteur.

Mas outros pesquisadores, retomando a tradição miasmática, que via nas emanações, nos ares e cheiros que subiam dos baixios o veículo distribuidor de doenças, provam que a equação estava errada, que a relação era altitude/cólera (ar fresco das alturas = saúde; ar pútrido dos baixios = doença). O reforço da tradição miasmática permite que as empresas privadas de distribuição de água, principalmente as que recolhiam água na vazante do rio, depois de ele servir de esgoto à cidade toda, continuassem operando em paz por mais alguns óbitos.

Esta rápida vista d'olhos seria ainda mais rasante se não destacássemos a participação de um não-médico nesta história, Friedrich Engels, que publicou, em 1848, *A Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra* (1988), importante levantamento do perfil sanitário de um grupo populacional, socioeconomicamente qualificado. Engels bem poderia ser chamado de Pai da Epidemiologia Crítica.

Santana (1982), Santana, Almeida Filho & Mari (1988a, 1988b) e Almeida Filho (1988), sistematizando dados desenvolvidos por Foucault, Canguilhem, Rosen e Cassel, permitem-nos deduzir que vários processos históricos se fundiam, tornando irreversível o surgimento de uma Medicina Social: a clínica médica se consolidava, a estatística médica buscava romper impasses decorrentes do descritivismo e da transposição do modelo das epidemias para as esferas do degenerativo e do psíquico, a Polícia Médica, alemã, desdobrava-se em Medicina das Cidades, na França, e em Medicina da Força de Trabalho, na Inglaterra. O povo, como elemento produtivo, não poderia morrer fora do campo de batalha ou fora da fábrica, sem o Estado saber e autorizar. Enquanto Chadwick institucionaliza a saúde pública e destrói a lei dos pobres, transformando subsídio alimentar familiar em subsídio sanitário coletivo, Guérin cunha o nome Medicina Social.

Aquele processo de três elementos que, para Almeida Filho (1988), estruturam a Epidemiologia, ganha seu último elemento. Mas, se por um lado a Medicina Social se afirma, por outro a população é desdobrada em organismos; os organismos, em órgãos; os órgãos, em tecidos; os tecidos, em células, antecipando o desdobramento das células em moléculas e códigos genéticos.

Está constituído um conjunto de saberes e práticas que vai compor a Medicina Científica, globalizada e contemporânea: individualística, biologicista, medicamentosa, técnica, mediada por instrumentos, experimentalista, incisivamente intervencionista, buscando a patologia na condição patógena, desdobrando o sujeito até a célula, recons-

truindo-o na engenharia de sua veterinária. Suas deslumbrantes conquistas só mais tarde começam a deixar ver preços a pagar.

Para Canguilhem (1982), até o século XVIII, a competição entre saúde – bem – e doença – mal – constitui o apanágio do maniqueísmo médico. No século XIX, o mal é desfeito e afirma-se que a ação do homem sobre o meio e sobre si mesmo deve tornar-se inteiramente transparente à compreensão do homem e do meio. A doença física deixa de ser um problema moral.

Quando Franz Gall e Franz Mesmer desenvolvem simultaneamente a Frenologia (o cérebro é o órgão do pensamento e especializa áreas para cada faculdade mental) e o Magnetismo (o corpo tem fluidos com a propriedade dos ímãs, resultando em terapêuticas baseadas na sugestão, na devoção e na imaginação) temos a magia travestida em mistérios anátomo-fisiológicos.

Benjamim Rush (1745-1840) publica em 1808 o livro *Psicologia Social,* onde concebe a doença mental como uma degeneração das virtudes morais naturais. Ele classifica os transtornos mentais em transtornos da paixão e transtornos do desejo sexual, tomando afetividade e sexualidade como eixo de sua compreensão do fenômeno. A influência de Rush, levada para a Europa, gera duas tradições exemplificadas por Benedict-Augusten Morel (1809-1873), que desdobra a Teoria da Degenerescência numa espécie de neo-evolucionismo moral, e por Rudolf Virchow (1821-1903), que transforma o conceito de epidemia moral em epidemia psíquica, entende a doença mental sob uma ótica sociopolítica e defende uma teoria científica sob perspectiva histórica.

Mas a tradição dominante é francesa, classificatória, positivista, e continua a aumentar o jardim das espécies mentais, tornado em jardim de tipos. Boissier de Sauvage publica em 1763 sua *Nosologia Methodica,* distribuindo as doenças em dez classes, cabendo na classe VI as doenças do cérebro, as vesânias ou doenças que perturbam a razão, distinguidas segundo faculdade mental afetada: alucinações (perturbações da imaginação), bizarrias (da afetividade), delírios (do juízo) e anormalidades (da memória e da vigília). Linné, em sua *Genera Morborum,* da mesma data, agrupa as doenças mentais segundo natureza dos sintomas: ideais (delírios, manias, demências, melancolias), imaginativas (visões, vertigens, terrores, hipocondrias) e patéticas (erotomanias, raivas, ansiedades, antipatias).

Philippe Pinel (1745-1826) representa o ápice desta tendência. Em sua *Nosographie Philosophique,* publicada em 1798, afirma que o conhecimento sobre as doenças é mais bem realizado nos hospitais, onde elas se expõem juntamente com outras, favorecendo a classificação; declara também que é necessário observar os sintomas isolados, as articulações especiais de sintomas, a influência dos lugares e regimes alimentares e as afecções morais. As doenças mentais podem ser classificadas em: dos sentidos, das funções cerebrais comatosas, das funções cerebrais vesânicas, da locomoção e voz, das funções nutritivas, das funções geradoras. Propõe a hospitalização, o tratamento moral e um esquema ideal de entrevista: momento visual (o médico observa as manifestações do doente), momento da linguagem (o médico pergunta sobre antecedentes, hábitos, profissão), momento da percepção (o médico elabora uma idéia da doença e de sua provável evolução), momento da prescrição (indicativos terapêuticos).

A partir deste momento, multiplicam-se escolas psiquiátricas: a Clínica de Nancy, a Clínica de Paris, a Inglesa de Psicologia (empírica, associacionista, estatística), a Alemã de Psicologia (experimental, fisiológica), a de Psicologia Intuitiva e a de Psicologia Patológica (Theodure Ribot traduz Claude Bernard para a Psiquiatria).

A doença mental tornou-se um fato humano, mas objeto de interesse científico apenas enquanto objeto da Clínica e da exclusão hospitalar. A separação entre loucos e possessos é transferida para entre doentes mentais, vagabundos, mendigos e criminosos. O olhar sobre a doença mental é sobre o doente e o condena: é um 'des-graçado', um 'des-avergonhado', um 'i-racional', um triste prisioneiro de paixões doentias contra quem os hospícios protegem as cidades.

Como afirma Santana (1982), a investigação epidemiológica em Psiquiatria está quase ausente. Os psiquiatras deslocaram-se para o laboratório, buscando evidências organo-cerebrais; foram para os asilos, segregando o doente da sociedade que precisa ser higienizada de sua presença; partiram para a pregação moralista contra o desregramento das paixões e dos vícios, patologizando todos os produtos negativos da revolução industrial em marcha. Para anatematizar não é preciso conhecer, basta 'des-conhecer'.

Mas algumas vozes singulares se faziam ouvir.

Johan Heinroth (1773-1843) cunha o termo Psicossomática, afirma que a mente tem três níveis (inferior, lugar das forças instintivas; consciência, lugar do eu e da inteligência; superior, lugar da consciência moral) e que a doença mental é produzida por conflitos internos a cada nível mental ou entre eles. Estamos longe do reducionismo biológico ou moralista.

Emile Durkheim (1858-1917) sai a campo para um levantamento de estatísticas nacionais. Toma suicídio como indicador de desordem social e monta uma técnica de investigação que possa gerar séries históricas, taxas, índices, capazes de rebatimento sobre situação de vida social. Seu objetivo é sociológico. Suicídio e doença mental não são categorias que se recubram. Mas o estudo areja a discussão sobre distribuição de ocorrências vitais em população, escapa da busca de dados em porta de instituição e afirma a investigação de campo como a mais adequada para o entendimento de associações causais.

Para Foucault (1978), o período pode ser distinguido em quatro momentos: consciência crítica da loucura (a noção de desvio aparece, a doença mental é reconhecida e designada), consciência prática da loucura (a doença mental é valorizada, posta como escolha de uma outra espécie de vida), consciência enunciativa da loucura (instalação da ordem do reconhecimento, do espelho, eis aí o que é), consciência analítica da loucura (genérica, isolada das formas de expressão, o conhecimento avaliza técnicas de supressão). "A concepção positivista da loucura é fisiológica, naturalística e a-histórica (...) [É] necessário mostrar a ligação que a patologia da história pode manter secretamente com a história".

O século das luzes foi bem sombrio no que diz respeito às possibilidades de constituição de uma Epidemiologia psiquiátrica. Entre o neurônio, o hospício e o sermão contra as paixões deletérias, as perspectivas do Renascimento se perderam.

## CHEGA O SÉCULO XX

O século atual presencia a segunda transição apontada pelos debatedores da publicação OPS/OMS (1988a, 1988b). Situada no período 1935/1943, apresenta o sentido de um retorno às preocupações sociais.

A Medicina Científica substituiu o fetiche das abstrações metafísicas, disciplinares, morais, pelo fetiche da Estatística, porém o sentido desta é dado pela realidade que ela mede, pela lógica sociocultural que ela recorta artificialmente. Tecnologização, especialização, altos custos, privatização da assistência, competição monopolista das indústrias farmacêutica e de equipamentos, contração do alcance social, aumento da pressão política de novas populações que atingem o estatuto de cidadania, possibilitam a eclosão de uma crise grave na Medicina Científica. A partir dos anos 30, o retorno ao social busca na Epidemiologia um instrumento tático. Mas que social? Que Epidemiologia?

O social que a Epidemiologia do início do século XX concebe, embutido na rubrica de 'ambiente', reafirma a alienação produtor/produto que atravessa a vida econômica. O social passa a ser elemento da tríade ecológica agente-hospedeiro-ambiente, expropriando o homem do que ele faz, repositório estanque de variáveis intervenientes ou desencadeantes, estranhas, resistentes a mensuração, quase não reconhecidas como científicas. O homem e o trabalho que gera sua condição de existência, por exemplo, são separados: o homem é remetido para a rubrica hospedeiro; o trabalho, para a rubrica ambiente. A criação da Society for the Study of Social Problems, em Chicago, 1941, expressa o momento. Ganha-se muito em técnica, mas perde-se em compreensão. A Epidemiologia torna-se capaz de identificar, colher, mensurar e associar dados, mas, abismada pelo jogo de aparências, toma como conseqüência a premissa. Entretanto, "o que é uma complicação separada daquilo que ela complica? O que é um sintoma sem seu contexto?" (Canguilhem, 1982).

Embora o social seja assim encarado, é inegável que acontece aí uma conversão do microbiológico ao social. A carreira de Jon Ryle (1889-1950) é paradigmática desta conversão, logo ele o sistematizador da concepção de História Natural da Doença.

Gordon (1988) considera envelhecimento da população e encolhimento do mundo (crescente interdependência e interpenetração das populações) como determinantes principais da nova postura. Ainda que as doenças infecciosas continuem a ser as mais bem conhecidas, cresce o interesse pelas doenças funcionais, nelas se incluindo as mentais: reconhecimento difícil, etiologia complexa e imprecisa, menor disponibilidade técnica para coleta de dados e menor operacionalidade.

Parece que a institucionalização da saúde pública como política de Estado e como disciplina acadêmica, a organização dos trabalhadores exigindo sindicatos e socialismo, a redução da incidência de doenças e processos de trabalho mais diretamente traumáticos sobre o corpo, as próprias conquistas da tecnologia médica, podem ser acrescentadas a estes determinantes.

Se em 1977 Fletcher publica estudo sobre o declínio do interesse dos clínicos pelos fatores socioeconômicos (a proporção de publicações que consideravam fator socioeconômico caiu de 10% para 0,3%, nos trinta anos anteriores, nos principais periódicos médicos da Inglaterra e dos Estados Unidos), o estudo de Vincent publicado logo em seguida, em 1979, demonstra que este interesse cresce nas publicações epidemiológicas.

Major Greenwood (1888-1949) sistematiza a estatística epidemiológica e publica, em 1935, o *Epidemics and Crowd Diseases*, no qual destaca a relação entre estado psicológico e adoecer, além de afirmar que os conceitos epidemiológicos podem ser transferidos da análise de um tipo de doença para a de outro. Jerome Cornfield (1912-1979) cria a análise de risco e a regressão logística. Staleybrass publica, em 1931, *The Principles of Epidemiology*, em que demonstra as possibilidades de expansão do campo de objetos para a Epidemiologia e aponta várias saídas conceituais para impasses teóricos da Medicina Científica. John Cassel (1915-1977) afirma que diversas doenças podem ter causa comum e estabelece, para a Epidemiologia, um modelo investigativo que busca integrar os modelos biológico e sociológico. Daí em diante, os caminhos se bifurcam mais ainda: Epidemiologia Multicausal Ecológica (Pavlovsky, MacMahon, Leavell & Clark), Epidemiologia Clínica (John Paul), Epidemiologia Crítica (Breilh, Laurell, Tambellini).

Almeida Filho (1984), rastreando as principais teorias epidemiológicas do século XX, identifica:

• Teoria do *stress* – pesquisa em animais; inclusão de processo social como estresse inespecífico, agindo na esfera simbólica e aumentando susceptibilidade; determinação constitucional de morbidade desencadeada por fatores ambientais.

• Teoria do papel de doente – doença é entendida como processo fisiopatológico somada a papel social, e este resulta de expectativas do indivíduo (irresponsabilidade, dependência e obrigação de buscar saída para o papel) em conflito com expectativas do sistema social (mecanismo funcional de canalização dos desvios por meio de controle social); concepção de sistema social como mecanismo homeostático, tendente ao equilíbrio, ameaçado nesta sua vocação pela expressão da doença como fenômeno social (a doença é um processo social secundário, não um processo socialmente determinado).

• Teoria da modernização – dependendo da velocidade de transição social, diferentes graus de ajustamento com maior ou menor incongruência cultural, donde facilitações patogênicas.

Atualmente observa-se um resgate do potencial crítico das teorias do *stress*, do papel e da modernização, na perspectiva da formação econômico-social do capitalismo dependente, superando o culturalismo, rompendo com o funcionalismo sistêmico, adotando marco teórico histórico-estrutural. Ou se busca superar radicalmente estas três teorias, questionando causalidade e lógica formal.

Durante os anos 70, na América Latina, em torno de nomes como Laurell (México), Breilh (Equador), Tambellini (Brasil) e Garcia (Argentina), começa a consolidar-se uma crítica e vital corrente de Epidemiologia Social, que objetiva superar a orientação pragmático-positivista. Em Breilh & Granda (1986), pode-se depreender a missão desta nova abordagem epidemiológica:

• Passar do nível sensorial do conhecimento (sensopercepção e representação) para o lógico (conceito e raciocínio).

• Elaborar o conceito de determinação complexa, aplicado à Epidemiologia, e desdobrar os níveis de mediação, visando ao desvendamento do processo saúde/doença.

• Integrar a análise estatística (distribuição, equivalências, inferência lógica, testes de significação, multivariância) com a análise histórica (modo de produção, estrutura, processo, contexto, níveis de significado).

• Redefinir universo e unidade de observação: quando e em qual população? Tempo e população não mais tomados como naturais, aleatórios ou agregado espontâneo de elementos homogêneos.

Ainda tomando Breilh & Granda (1986) como guia, podemos destacar alguns princípios básicos desta nova corrente:

• A realidade objetiva das populações, da saúde e da doença encontra-se em processo de mudança permanente.

• A investigação epidemiológica precisa reconhecer e acompanhar essa dinâmica.

• O processo aparente não pode ser desconectado de suas determinações gerais.

• O objeto de estudo deve ser construído logicamente, não apenas descrito.

A nova corrente ainda não tem aplicação em Psiquiatria, apesar dos esforços de Campana (1988) ao tentar desdobrar uma epidemiologia do objeto personalidade. Esta falha é incompreensível, até porque o estudo da produção e da distribuição dos fenômenos ligados ao processo saúde/doença mental pode tornar-se exemplar para a aplicação de uma epidemiologia baseada na dialética e para os desafios que os novos perfis sanitários oferecem à Epidemiologia.

Com relação à epidemiologia dos processos mentais, parecem bastante atuais as reclamações de Weir Mitchell (1829-1919). Ele condenava o isolamento da Psiquiatria, a ausência de pesquisa, principalmente as que envolvessem populações e determinações mais abrangentes.

Aquela Psiquiatria, clínica, asilar e biologizante, continuava crescendo. Emil Kraepelin (1856-1926) consolidou o modelo monocausal em Psicopatologia, realizando esforço classificatório, ainda hoje aceito, por etiologia suposta e evolução dos quadros. O Código Internacional de Doenças (CID), os inventários de personalidade e os questionários epidemiológicos de morbidade psiquiátrica mais usados, todos são herdeiros diretos das concepções kraepelinianas. Kurt Schneider (1887-1967), discípulo dos fenomenologistas, propõe em sua *Psicopatologia Clínica* uma classificação das doenças mentais em dois eixos: por base etiológica somática suposta e por quadro de sintomas. Henri Ey (1900-1977), tentando escapar do determinismo mecanicista biológico, desenvolve a teoria do organodinamismo, concebendo o organismo como um todo hierarquizado e a doença mental representando alterações, prejuízos, anomalias, dissoluções da hierarquização.

No outro pólo destas preocupações, estavam aqueles que afirmavam a autonomia do psíquico, suas dinâmicas próprias, mas permanecendo na clínica, na percepção do indivíduo idiossincrático. William McDougall (1871-1938) cria uma teoria neodarwiniana do desenvolvimento humano que supõe o propósito assumindo o lugar do instinto no desencadeamento das condutas. Sigmund Freud (1856-1939) revela o continente do inconsciente, o que é irracionalizável e está oculto sob condutas saudáveis ou patológicas; revela o abismo que separa o psiquismo do corpo e da sociedade que o determinam, envolvem-no e limitam-no; revela os padrões de expressão das personalidades e dos sintomas por intermédio da concepção de mecanismos de defesa do ego.

Santana (1982) apresenta a Epidemiologia Psiquiátrica surgindo a partir das aplicações da saúde pública à Psiquiatria, mantendo depois importância relativa de 1940 a

1970, principalmente naquela vertente vinculada à Psiquiatria Comunitária; por fim, a partir dos anos 70, praticamente desaparece imersa em trabalhos de aprimoramento instrumental. A questão posta é como colher o fenômeno, mesmo que não se saiba o que ele representa.

Entre 1922 e 1931, Faris & Dunham realizam trabalho, posteriormente publicado, o *Mental Disorder in Urban Area*, que é paradigmático da abordagem ecológica das doenças mentais. Srole et al., em 1962, testam implicação de fatores biossociais e socioculturais na doença mental. Cooper & Morgan, em 1973, publicam *Psychiatric Epidemiology*, propondo que a investigação epidemiológica em Psiquiatria tenha sempre duas fases: uma de massa, geral, para *screening* de tendências; outra amostral, para aprofundamento crítico e qualificação.

## UMA EPIDEMIOLOGIA RETARDATÁRIA

Entre o conceito de epidemia por miasmas deletérios do Patriarca Anastácio e a interpretação de Johan Weyer separando loucura de possessão, quase 12 séculos se passaram.

Entre a absorção das doenças físicas no natural que a Microbiologia e a Ecologia vão proporcionar e a absorção do psíquico no moral, observamos conseqüências divergentes do mesmo individualismo iluminista.

Entre a série de experiências da epidemiologia dos processos físicos e o irregular, tímido, abismado nos instrumentos, avanço da epidemiologia dos processos psíquicos, encontramos o homem moderno senhor de sua veterinária, mas alheio a sua hominidade.

É com a consolidação dos elementos estruturantes, no correr do século XIX, que a Epidemiologia constitui-se disciplina científica, como hoje concebemos ciência. Mas algo anterior possibilitou os elementos estruturantes: as transformações da realidade econômica e social oferecendo novos problemas e objetos que pressionam por compreensão e solução no plano do conhecimento; as transformações no conhecimento destas realidades, quando o teológico, ou o teológico travestido de disciplina moral, cede. Os 12 séculos entre a fratura exposta por Anastácio e a exposta por Weyer definem rupturas na cultura, no modo de produção de verdades, permitindo possibilidades que se tornam realidades futuras e determinando o retardo entre os dois desenvolvimentos.

## UMA EPIDEMIOLOGIA DERIVADA

A derivação é conseqüência direta do retardamento. Há sempre mais segurança sobre o que se conhece primeiro. Há sempre mais segurança sobre o que se experimenta, testa, adquirindo-se estoque de consensos mínimos e legando-se procedimentos respaldados pela tradição.

Com Benjamim Rush, a Psiquiatria traduz o modelo epidemiológico de estudo das epidemias, aquele que toma forma no correr do século XVIII, e, para adequar-se à nova natureza de fenômenos, propõe o conceito de 'epidemia moral', permanecendo as noções de contágio, de isolamento e de confusão entre doença e doente.

Pelas psiquiatrias francesa e alemã de fins do século XIX, aquelas que ficarão marcadas pelo nome de Kraepelin, é literalmente traduzido, sem nenhuma indenização na 'alfândega científica', o modelo da unicausalidade microbiana, e todos os transtornos mentais viram caudatários da sífilis, mais tarde da epilepsia. Antoine Bayle propõe o 'pensar sifilítico' para a Psiquiatria, até ser descoberto que apenas a Paralisia Geral Progressiva poderia ser associada à sífilis. Wilhelm Griesinger e Hughlings Jackson propõem o 'pensar neuropatológico' para a Psiquiatria, até ser descoberto que a conduta flutua sem relação direta com as ocorrências materiais do cérebro, associando-se diretamente apenas em seus limites. É também neste período que Philippe Pinel desdobra e especifica a classificação de Boissier de Sauvage, enquanto Theodure Ribot traduz os postulados de Claude Bernard para a Psiquiatria: para entender a saúde é necessário estudar a doença; entre saúde e doença existe um *continuum* que pode ser medido, a quantificação é o método geral e ideal da ciência, portanto da patologia, seja fisio ou psicológica.

Apesar da revolução representada pela revelação da autonomia do psíquico e da existência do inconsciente, Sigmund Freud mantém um dos princípios mais caros a Broussais, Comte, Bichat e Pinel: o de que a doença é um laboratório natural.

Em Kaplan & Sadock (1984), a Psiquiatria traduz o modelo epidemiológico da tríade ecológica, aquele desenvolvido por Leavell & Clark, nos anos 50 do século XX. Isso autorizado pela proposição metodológica de Major Greenwood: qualquer conceito epidemiológico pode ser transferido de uma investigação para outra, independente da natureza do objeto.

Asfixiada entre a moralidade, a causalidade biológica e a história natural, a Epidemiologia Psiquiátrica engatinha. Que fatores objetivos permitiram este atraso?

- A baixa esperança de vida, o não-controle das doenças infecto-contagiosas, as agressões grosseiramente mecânicas que o corpo enfrentava e a facilidade em colher e mensurar evento único destacavam mortalidade como indicador privilegiado. Exceto no caso de alguns suicídios, não se morre de doença mental.
- Os processos de trabalho exigindo músculos, suor, pedaços de membros, sangue e a extensão da jornada tanto hipertrofiavam o trabalho concreto, que o fazia emergir como sinônimo de trabalho, subsumindo as formas de assalariamento e exploração. Acidentes, intoxicações e fadiga física danificavam o trabalhador antes de a fadiga mental expressar-se. Não é possível colher e mensurar uma virtualidade.
- A experiência de Durkheim (1978), realizando o primeiro inquérito nacional de suicídios, buscou superar os dados colhidos em serviços de saúde, indo ao campo social com um conceito do fenômeno por investigar. No entanto, esta saída dos serviços para a sociedade é experiência que permaneceu isolada, pois as pesquisas continuaram centradas nos primeiros, acatando como diagnóstico o mecanismo de autodenúncia ou de denúncia oriunda do grupo de suporte social do denunciado: doente mental é aquele que é atendido em locais para atender doentes mentais.

A Epidemiologia evolui de doutrina médica das epidemias para a consideração de fases endêmicas das doenças epidêmicas; em seguida, passa a contemplar as doenças infecciosas não epidêmicas, as doenças não transmissíveis, por fim qualquer fenômeno vital, rigorosamente acompanhando a natureza dos problemas que pressionavam por solução a cada momento histórico. Pela metade do século XX, as doenças crônico-degenera-

tivas, as doenças mentais e os acidentes de trânsito surgem como demanda social, pressionando por solução no campo da ciência. A natureza destes novos problemas exige nova compreensão da relação saúde/doença e força expansão dos objetos e dos objetivos da Epidemiologia.

No Brasil, a trajetória é simétrica, a única diferença é o acúmulo maior de atrasos. Os cem anos da morte de Benjamim Rush já haviam sido comemorados quando Rodriguez (1939) lança mão do conceito de 'epidemia moral' para explicar o contágio mental de Antônio Conselheiro sobre Canudos, e Lucena (1940) aplica o conceito a um episódio de fanatismo messiânico em Panelas, Pernambuco.

O cinqüentenário de morte de Durkheim já foi comemorado e a Epidemiologia Psiquiátrica brasileira ainda não descobriu os estudos de campo, exceto por alguns casos isolados e bem recentes, como o estudo multicêntrico Salvador/Brasília/São Paulo, patrocinado pela Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde. A pesquisa em Epidemiologia Psiquiátrica no Brasil é

> *incipiente (...) carecendo de um tratamento metodológico e analítico mais cuidadoso, aprofundado (...) O impacto da Epidemiologia psiquiátrica brasileira, tanto na comunidade científica como nas esferas de planejamento e definição das políticas de saúde mental, tem sido, até o momento, mínimo.* (Santana, Almeida Filho & Mari, 1988a)

Tomando como referência Santana (1982), observa-se o parco número de levantamentos epidemiológicos realizados no Brasil, na área das doenças mentais, e uma distribuição geracional que pode assim ser caracterizada:

Primeira geração: décadas de 20 a 40. Conceito de epidemia moral, preocupações culturalistas e biotipológicas.

Segunda geração: décadas de 50 a 70. Preocupação estatística, mensuração de prevalências e incidências, projeção de estudos realizados em razão da demanda a serviços, conceito de multicausalidade. Ausência de questionamento teórico, mera aplicabilidade de modelos desenvolvidos fora.

Terceira geração: década de 80. Construção de novos modelos de investigação, conceito de determinação social, refinamento de instrumentos de coleta e interpretação, predomínio de textos teóricos; hegemonia do modelo analítico norte-americano de Epidemiologia, entendida como identificadora e comprovadora de associações lógicas.

## UMA EPIDEMIOLOGIA MALTRATADA

A análise de seis periódicos, nacionais e internacionais, de publicação sistemática e estatuto científico reconhecido, permite observar o espaço dado à Epidemiologia Psiquiátrica e à discussão metodológica (tanto teórica, como técnica), no qüinqüênio 1984/1989. Levantamentos atualizadores não indicam mudanças substantivas no panorama.

• *Journal of Epidemiology and Community Health*, Londres. Trimestral, publicação rigorosamente regular. Os 24 números esperados, editados e analisados registram

374 artigos, dos quais apenas dez (2,7%) foram destinados à Epidemiologia Psiquiátrica e nenhum deles tem por tema algum elemento metodológico (teórico ou técnico).

Todos aplicam técnicas desenvolvidas por outros autores, em outros países, em campos específicos. Muda a situação de investigação, mudam determinadas características de população, mas não são discutidas as questões referentes à teoria que instrumenta a investigação e à natureza do objeto.

• *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Berlim. Bimensal, publicação rigorosamente regular. Nos 36 números esperados, publicados e analisados, localizamos 207 artigos, dos quais 95 epidemiológicos (45,8%).

Domina a falta de discussão metodológica ou questionamento conceitual-instrumental. Suicídio é o campeão do interesse: tem o estudo de Durkheim como antecedente nobre; refere-se a evento único, mais facilmente mensurável, beneficiando-se das técnicas desenvolvidas para estudos de mortalidade; atrai investimento político e financeiro do Estado, de imediato, pois este não quer perder cidadãos. Apenas oito artigos se aproximam da idéia de debate teórico, sendo, porém, centrados na construção, validação ou comparação de instrumentos de coleta de dados.

• *Revista de Saúde Pública*, São Paulo. Bimensal, publicação rigorosamente regular. Nos 36 números esperados, editados e analisados, localizamos 275 artigos, dos quais nove de Epidemiologia Psiquiátrica, nenhum de discussão metodológica.

Há prevalência de interesse pela magnitude e distribuição simples (faixa etária, sexo, ocupação, região) do alcoolismo, provavelmente por causa de suas urgências práticas: espetáculo moral de degradação a ser inibido, altos custos previdenciários, altos custos assistenciais, causa maior de absenteísmo, queda da produtividade econômica.

• *Revista ABP/APAL – Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria/Revista da Associação de Psiquiatria da América Latina*, São Paulo. Trimestral, tendo havido descontinuidades de publicação nos últimos seis anos. Dos esperados 24 números, foram publicados 20, nos quais, após análise, localizamos 130 artigos, sendo 19 epidemiológicos (14,6%), nenhum metodológico.

O interesse se expressa em grandeza residual. As urgências práticas dominam e o interesse por alcoolismo se estende a outras dependências químicas: tabagismo, maconha e cocaína.

• *Jornal de Neurobiologia*, Recife. Trimestral, com alguma irregularidade de circulação. Dedica-se a Neurologia e Psiquiatria, preferindo clínica, semiologia, farmacoterapêutica e fisiopatologia. Dos 24 números previstos, 22 foram publicados e analisados, nos quais localizamos 138 artigos, sendo 13 de Epidemiologia Psiquiátrica (9,6%), nenhum metodológico.

Pela leitura dos sumários, percebe-se que até a pequena proporção de estudos epidemiológicos é ilusória, pois os seis artigos sobre suicídio são, na verdade, desdobramentos de uma única pesquisa. Portanto, não existem 13 epidemiológicos, e sim oito (6,6%).

• *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro. Bimensal, publicação rigorosamente regular. Nos 36 números esperados, editados e analisados, localizamos 375 artigos, sendo 40 de Epidemiologia psiquiátrica (10,7%), dos quais quatro são teórico-metodológicos.

O principal interesse no campo teórico é técnico, revelando o objetivo de aprimorar instrumentos para a coleta de dados, a coleta fina de síntomas e o recorte preciso dos elementos do fenômeno. Os estudos aplicados prevalentemente dedicam-se a pesquisar suicídio e alcoolismo.

A proporção de estudos sobre o campo da Epidemiologia Psiquiátrica é irrisória, sobretudo se intentarmos buscar aqueles mais críticos, cujo tema sejam questões de fundo teórico-metodológico. Tudo é pouco e maltratado.

## CONCLUSÃO

A possibilidade de esta ciência poder revelar a relação entre os fenômenos do campo da saúde e a heterogeneidade histórico-estrutural das populações humanas, a possibilidade de o fenômeno psíquico ser visualizado na plenitude de sua autonomia e de sua complexidade, estão esboçadas em linhas gerais, especificando os ritmos diversos de desenvolvimento.

O grande corte histórico autoriza algumas conclusões, com a certeza da provisoriedade:

- Sem a separação entre loucura e possessão, realizada logo após a Renascença, a constituição de uma epidemiologia dos eventos não físicos do campo da saúde teria por objeto a alma. Era uma epidemiologia da alma que pulsava no *Malleus Malleficarum.*
- As fraturas que permitiram as futuras epidemiologias de fenômenos físicos e não físicos do campo da saúde estão separadas por, pelo menos, 12 séculos. O modo de produção de verdades (categoria foucaultiana) não é homogêneo e apresenta ritmo complementar/contraditório com o ritmo do modo de produção das condições de existência (categoria marxiana, inspiradora daquela).
- A baixa esperança de vida, o não-controle dos arrasadores ciclos de doenças infecto-contagiosas, as agressões grosseiramente mecânicas que o corpo enfrentava, os processos de trabalho exigindo músculos, sangue, suor, pedaços de membros e extensão da jornada, somente quando superados permitiram que as novas formas de sofrer a condição humana obrigassem o conhecimento a enfrentar novos objetos.
- O conhecimento mais antigo leva a sedimentar procedimentos e instrumentos, lega estoque de consensos mínimos e revoluções naturalizadas, vividos ideologicamente. Se o paradigma da época postula que há unidade metodológica, que o método não depende do objeto, que o objeto não tem história, que o significado e a coisa significada mantêm inflexível relação biunívoca, então o processo de sedimentação e naturalização se agiganta. A entrada tardia do psiquismo na área das investigações sobre saúde subordinou-o aos estudos mais antigos, à completa derivação de concepções e técnicas.
- Os psiquiatras, abismados na clínica, ocupados no refinamento de instrumentos que permitissem recortar sintomas e tomá-los pelas doenças, confundidos pela natureza imprecisa, evanescente, do objeto, têm dedicado pouco interesse em elucidar a totalidade complexa do processo saúde/doença mental como fenômeno coletivo. A proporção de publicações contemporâneas dedicadas ao enfrentamento destes problemas é diminuta.

Os desafios colocados ao correr da história passam pela discussão do que seja processo científico de conhecimento da produção e distribuição dos fenômenos do cam-

po da saúde, pela caracterização do que seja processo saúde/doença mental, pelo reconhecimento daquilo que possa estruturar as populações humanas e remetê-las para diferentes possibilidades de sofrer a condição humana, adoecer e morrer.

Os estudos sobre o processo saúde/doença mental – discriminando o que for da ordem da ideologia e da alienação interiorizadas na organização da identidade e na personalidade, o que for da ordem das reações agudas do tipo 'ensaio-e-erro' utilizada para enfrentar sustos, perdas e adaptações – podem constituir paradigma daquilo que a Epidemiologia Crítica latino-americana, baseada na dialética, vem propondo como alternativa de conhecimento para superarmos os impasses do positivismo epidemiológico.

Se as investigações sobre doenças infecto-contagiosas instrumentalizaram o gigantesco desenvolvimento da Epidemiologia desde o século XVIII, somente as investigações sobre os transtornos mentais, psíquicos, psicossomáticos e somatopsíquicos poderão fazer o mesmo para a retomada do desenvolvimento para além dos impasses teórico-metodológicos experimentados no presente.

# 2

# O PROBLEMA DO MÉTODO

Beneficiando-se do desenvolvimento de determinadas condições de produção material e de conhecimento, o campo da saúde possibilitou, durante os séculos XVIII e XIX, a consolidação de um conjunto de disciplinas agrupadas em dois sistemas solares: o da Clínica e o da Epidemiologia. O primeiro, voltado para a compreensão e a intervenção centradas no indivíduo, objetivando instaurar ou restaurar normalidades. O segundo, centrado na população, objetivando análise de distribuição e táticas preventivas.

No capítulo anterior, foi possível revelar três características básicas da epidemiologia dos fenômenos psíquicos: retardatária, derivada, maltratada. Estamos agora diante do primeiro grande desafio para superá-las – o do método. Não é tarefa nossa, aqui, entender a história do retardo, contrapondo-o ao desenvolvimento dos modos de produção e organização social, mas dimensioná-lo e oferecer atenção cuidadosa. O esforço começa pela discussão do método em busca de substrato para uma crítica de fundo aos problemas da produção de conhecimento em área tão subjetiva.

O desenvolvimento da Filosofia e da Ciência tem oferecido grande número de táticas e instrumentos para apreensão do real, buscando dar conta da unidade ou da contradição, da diversidade ou da possibilidade de lei geral, da objetividade ou da subjetividade, da expressão momentaneamente congelada ou de seu dinamismo. Uma destas possibilidades tem sido o método dialético, cujo ponto de partida é o objeto e cuja meta é a reconstrução teórica deste. Não fala apenas de coisas, mas de 'coisas-em-relação-e-significação', quer surpreender os movimentos e suas qualificações. Pensa a realidade sob específica formação social em específico modo de produção, propondo, então, que, entre a coisa e a representação desta, há mais do que supõe o empirismo e que cada coisa pode ter significados contraditórios: para a lógica geral do modo de produção, para a realização específica de um processo específico e para o sujeito que a realiza.

A tradição deste método é rica e complexa, como podemos perceber pela longa história de reestruturações, de Heráclito a Hegel. O século XIX presencia a revolução encetada por Marx, desdobrada posteriormente em muitas tendências: as que reinventam Hegel; as que se apóiam em Kant; as fundamentalistas, que buscam a verdade revelada nas obras de Marx; as que partem das categorias marxianas para novos vôos; aquelas que, afirmando a possibilidade de exposição dialética, negam a possibilidade de uma in-

vestigação dialética; até aquelas que dizem ser 'dialética' nome de pesquisa bem feita ou de religião.

Em Cardoso (1962), Minayo (1989), Breilh (1988) e Breilh & Granda (1986), respaldamo-nos para a escolha da dialética marxista como a melhor forma de produzir conhecimento em Ciências Sociais, em Ciências da Saúde e em Epidemiologia. Hobsbawn (1983) e Anderson (1987, 1989) servem de guia no labirinto dos marxismos, em várias aproximações e rejeições do uso do método. Mas a apresentação dos guias não objetiva apresentar, sequer resumidamente, o debate, e sim buscar garantias mínimas para uma escolha metodológica, não perdendo de vista que a ida ao estoque de concepções e práticas da ciência tem por finalidade escolher método, certos usos deste e aplicações que dêem conta da compreensão do processo saúde/doença para fins epidemiológicos no domínio psiquiátrico.

Dentre as dialéticas marxistas, a escolha de uma delas será respaldada em Sweezy (s/d), Ilienkov (s/d) e Longo (s/d). Com relação a esboços de uma prática de pesquisa cujo tema seja saúde/doença como processo coletivo, encontramos: Engels (1988), Marx (s/d) e Gramsci (1984).

Depois, cada vez nos aproximando mais dos níveis intermediários e operativos de pesquisa, encontramos trabalhos empíricos: Laurell (1987), Possas (1989) e Breilh et al. (1990). Recuperando a trilha que leva ao problema saúde/doença mental, avaliamos as propostas de Politzer (1965) e Campana (1988), numa retomada de projeto teórico.

A Epidemiologia Social baseada na dialética ainda não tem sequer tradução linear, que dirá tradução crítica, para o domínio psiquiátrico. Entretanto, entre Politzer e Campana, destaca-se o trabalho de Adorno (1950), uma real, embora frustrada, incursão no empírico.

Os textos serão abordados em busca de um programa mínimo de concordância entre os autores, para destacar modos de operacionalização e constituir uma práxis de pesquisa.

## CORTES TEÓRICOS FUNDAMENTAIS

Consideremos, em primeiro lugar, a questão de certas proposições gerais, axiomáticas, na fronteira do conceito de paradigma proposto por Kuhn (1975). Há pelo menos dois conjuntos básicos destes axiomas que orientam a possibilidade de investigar e conhecer, mas não se submetem, na prática, à investigação e ao conhecimento. Estamos falando de um núcleo duro de pressupostos como o da opção de primado entre idéia e coisa, como o da adoção da cognoscibilidade ou não da essência do real.

As principais tendências teóricas delimitam seus territórios de prática e originalidade em razão da opção por um dos pólos das díades citadas. Os resultados têm sido totalitários, oscilando entre o saber puro absoluto e a rotina investigativa fática. É preciso buscar posição que supere a polarização, afirmando que a coisa é prima arcaicamente, mas que, depois da idéia surgida, entre coisa e idéia se estabelecem interdeterminações, complementaridades, contradições e totalizações em devir, complexamente mediadas; afirmando, outrossim, que o real é cognoscível, porém de modo provisório, pois conhecimento, coisa conhecida e relação entre os termos sempre mudam, uma vez que aparência

é face da essência e o conhecimento parte do empírico, mas o dissolve em abstração para poder se afirmar.

Em segundo lugar, consideremos a questão da neutralidade e do interesse, como proposta por Habermas (1982). Para ele, todo conhecimento é posto em movimento por interesses que o comandam. Se, por um lado, o saber não pode, enquanto tal, ser isolado de suas conseqüências, por outro, é complexo, podendo ser regulador e mediador, procedimento instrumental e grandeza comunicativa, possibilitando, então, o descolamento conhecimento/interesse. A pergunta: "Como é possível adquirir conhecimento digno de crédito?" só pode ser respondida após: crítica ao positivismo, o saber que recusa a reflexão e esquece o entrelaçamento entre metodologia do conhecimento e processo objetivo de formação do objeto de conhecimento; crítica ao cientificismo, a aplicação tecnológica do conhecimento na vida cotidiana que faz da ciência condição *sine qua non* para a aniquilação ou a sobrevivência humana; e eleger a economia como ponto de referência para a reconstrução das atividades sintéticas, mas eleição cuidadosa, inquirindo momento de comparecimento, modo de expressão, lugar na rede de mediações.

No posfácio, Habermas (1982) oferece um *grundrisse* para nortear o pesquisador: distinguir o que é da experiência sensorial (ordem da descrição de observação) do que é da experiência comunicativa (ordem da narrativa de compreensão); distinguir o objeto e a ação de cada uma das experiências; distinguir a práxis da vida (liame das experiências) do que é práxis da pesquisa (liame entre a vida e o discurso que permite teoria); distinguir o interesse que orienta do que emancipa.

Consideremos as concepções sobre a relação homem/sociedade.

Se o pesquisador pensar o social segundo uma concepção funcionalista, defenderá unidade metodológica, pois verá o social como similar ao natural; entenderá a sociedade como sistema natural composto por partes interdependentes com tendência à equilibração; buscará catalogar o fenômeno como função ou disfunção em referência à manutenção do *status quo* do sistema. Fiel ao estudo do comportamento explícito (sinais), entenderá sintoma como algo que acontece no sujeito e não como algo também criado pelo sujeito. Fiel a conhecimento que só existe enquanto mensurabilidade, entenderá a relação saúde/doença como quantidades diferentes de uma mesma realidade, continuidade linear pólo a pólo. A proposta é que nos empenhemos na métrica de sintomas, na construção de síndromes descritivas de aparências.

Se o pesquisador pensar o social segundo uma concepção compreensiva, defenderá diversidade metodológica, pois natural e social geram valores específicos; entenderá sociedade como conjunto de relações humanas com significado, conjunto complexo que se apresenta simples ao estudo, se não for percebido que ali se exibe um nível e que a partir de qualquer nível é possível alcançar os outros, embora os significados descobertos valham para aquele nível e para aquele objetivo; buscará recortar o social sempre valendo-se da única unidade empírica concreta, que é o indivíduo. Poucas investigações exercitam esta concepção na área da saúde, e as que o fazem congelam-se no esforço de classificar tipos, tendo por base freqüência, habitualidade e analogia de aparências. Tal pesquisador entenderá a relação saúde/doença como qualidades diferentes da realidade vital, mas realidade referida a uma história sem evolução.

Se o pesquisador pensar o social segundo uma concepção dialética, defenderá diversidade metodológica, pois também entende que natural e social geram valores específicos; acatará a relação subjetividade/objetividade como problemática, interdependente: o sujeito faz a coisa e a coisa faz o sujeito; verá sociedade como modo de produção das condições de existência, dinâmico, histórico, regido pela contradição, cuja compreensão requer que se apreenda a rede hierarquizada de determinações que integram os fenômenos. Este pesquisador entenderá a relação saúde/doença como processo histórico-social, com qualidades diferentes de outro processo histórico-social, que é a realidade vital dos seres humanos. Aqui se estarão constituindo totalidades de estudo a serem postas em referência com outras totalidades que lhes determinem.

Podemos listar três paradigmas de compreensão do social:

• Um *fiat* do social sobre anterioridade natural. Se tomarmos a história da vida, o corte apresenta algum sentido real. Social e espécie humana estão interligados, o homem não existe desde sempre, ele se desenvolve a partir da história biológica. Mas se tomarmos a história do homem, não há como identificar uma conversão datável ou defensável do 'homem-bicho' em 'homem-homem'. Por outro lado, estaríamos aceitando também um *fiat* do natural sobre anterioridade metafísica.

• Um social natural. O homem seria naturalmente social, a sociabilidade como instinto. Mesmo fascinado pelo desenvolvimento da genética, não é possível supor o isolamento do cromossoma da sociabilidade, o fator zeta-delta-35, por exemplo, da sociabilidade. Esta compreensão implica aceitar as expressões da sociabilidade como arranjos de elementos em formas básicas. Não teríamos como escapar de algumas condenações: a guerra, o egoísmo, a pobreza, a civilização pervertendo o 'bom selvagem'.

• Um social como construção permanente. Homem e sociedade são totalidades contraditórias, um transpassando o outro. A compreensão do social se dá pela transformação da natureza, partindo de determinadas relações e visando à satisfação de determinadas necessidades, à criação de outras relações e outras necessidades. Social: conjunto problemático de processos, relações e instituições, que se interdeterminam, explicam-se, significam-se.

## ESCOLHA: A DIALÉTICA MARXISTA

Fechando esta tétrade de questões, observemos o problema do método, como momento teórico e técnico, desde já sinalizando para a escolha da dialética marxista.

Consideremos processo saúde/doença como histórico, cuja essência dinâmica é uma tríplice, interdependente, contraditória natureza: bio-psico-social. A genética expressa concentrações de transformações sucessivas a longo prazo. O fisiológico e o psicológico são campos de transformações mais imediatas do biológico. O indivíduo é o fenômeno que expressa a totalidade das experiências históricas dele e de seu mundo. A relação entre indivíduo e sociedade é a de duas totalidades que se interdeterminam e se contêm: o indivíduo está na sociedade e a sociedade no indivíduo, mas, se há alienação, o que da sociedade comparece no indivíduo será transpassado pelo fetiche. Existe a coisa, o significado da coisa, o sujeito que significa, a representação da coisa, a representação do sujeito e a representação da capacidade de representar tantas contradições.

Consideremos que o sujeito seja simultaneamente pertinente a dois campos do mundo socioeconômico: produção (trabalho) e reprodução (consumo). No campo da produção, enquanto realizador de trabalho alienado, o sujeito se consome, mas, enquanto realizador de trabalho (gerador de bens, construtor de identidade, metabolismo homem-natureza), o sujeito se produz. No campo da reprodução, enquanto realizador de consumo alienado, o sujeito se consome, mas, enquanto realizador de consumo (geração de filhos, construção de tempo livre, nutrição e de relações sociais para além do trabalho), o sujeito se produz.

Consideremos que o fenômeno doença seja uma das expressões do modo como os homens vivem, que, por sua vez, apresenta-se de forma complexa, forma esta distinguível em base, níveis de expressão e síndromes, para fins didáticos:

- Base – a resultante individual da história de determinação, a concretização singular das possibilidades oferecidas pelo estilo de vida e as inserções de classe. A base pode ser predominantemente física ou psíquica. A grande pergunta que qualquer investigação no campo do processo saúde/doença precisará responder é: qual o lugar, na hierarquia de determinação da base, que trabalho e consumo ocupam?
- Expressão – a resultante aparente das dinâmicas internas desencadeadas pela base. Como dois indivíduos, vivendo mesmas condições de existências, apresentam respostas sanitárias diversas? A expressão pode ser predominantemente física ou psíquica. Pode haver base física e expressão física, base física e expressão psíquica, base psíquica e expressão física, base psíquica e expressão psíquica. Outra grande pergunta que qualquer investigação no campo do processo saúde/doença precisará responder é: qual o lugar, na hierarquia da dinâmica da expressão, que trabalho e consumo ocupam?
- Síndromes – formas empíricas, idiossincráticas, da expressão, agregando sintomas, sinais e curso, elementos simples dos modos de expressão.

Que método apreende os processos com história e futuro, trajetória não determinada pelas partes? Que método supõe as partes como produto de um vínculo com o todo? Que método incorpora e supera a lógica formal?

As capacidades da lógica dialética e seus procedimentos básicos, seu modo de 'colher-representar-construir' o real, podem ser percebidos no diagrama de Granda (1987), transcrito a seguir:

| Nível ascensional. Busca das categorias explicativas (essências) | MARCO TEÓRICO | Questionamento das relações de determinação entre processos | TEORIA SOBRE O OBJETO |
|---|---|---|---|
| >> PROBLEMA >> | CONJECTURAS >> | HIPÓTESES >> | JUÍZO PROVÁVEL >> |
| Nível descensional. Busca dos modos de expressão (aparências) | REALIDADE SENSORIAL | Questionamento e tradução dos dados e das informações | Definição de dimensões, variáveis e indicadores |

Caracterizando a dialética marxista e afirmando sua excelência para a representação dos fenômenos estruturais e para a análise dos processos sociais, Cardoso (1962) destaca que:

- Os principais eixos de caracterização são: o conceito de totalidade, que reproduz condições, fatores e mecanismos de um fenômeno social, além de apresentar uma perspectiva de interpretação capaz de revelar formação, modos de expressão e efeitos; a garantia de preservação do valor heurístico dos dados, pois, sem sólida base empírica, a análise redunda em abstrações inúteis; e a revelação do concreto como processo marcado por um movimento do real e um movimento da razão, em relação recíproca e determinada.
- A lógica dialética incorpora e supera a lógica formal, integrando as tensões unidade/totalidade, imediato/mediato, essência/aparência, geral/particular, abstrato/concreto, indutivo/dedutivo, sincrônico/diacrônico, por fim preservando as possibilidades de generalização e as condições reais.
- A interpretação se faz por meio da elaboração de categorias capazes de descrever o empírico historicamente saturado, aparência mistificadora e essência mistificada. O ponto de partida da investigação é o objeto empírico e o ponto de chegada é a interpretação.
- A estrutura é contemplada, mas não é estruturalismo, pois integra produto objetivado com processos e significados. A função é contemplada, mas não é funcionalismo, uma vez que retorna à atividade social que constituiu os padrões de integração funcional.
- É o melhor método para estudo dos fenômenos sociais, porque permite a análise dos processos recorrentes em conexão com mecanismos regulares de mudança, além de explicar relações, regularidades e modificações dos fenômenos nas condições efetivas de suas produções.

Minayo (1989) realiza um trabalho exemplar de sistematização das possibilidades de uso da dialética marxista para a pesquisa no campo da saúde:

- A pesquisa em saúde é essencialmente qualitativa, por incorporar a questão do significado e a da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, e interdisciplinar, já que nenhuma disciplina isolada pode dar conta do complexo objeto que a pesquisa em saúde persegue.
- É também essencial o uso da dialética, porque esta abordagem busca compreender para transformar e exige que a teoria, desafiada pela prática, repense-se permanentemente.
- A investigação sobre a saúde só pode ser entendida como uma sociologia de classe, mas: que possua instrumentos para perceber o caráter de abrangência das visões dominantes; que perceba a especificidade dos sistemas culturais e de subculturas dominadas em suas relações contraditórias com a dominação; que defina a origem e a historicidade das classes na estrutura do modo de produção; e que conceba sua realização, tanto nos espaços formais da economia e da política, como nas matrizes essenciais da cultura (família, vizinhança, igreja, grupos de lazer etc.).
- Campo é etapa essencial de pesquisa, representada por recorte espacial que corresponda à abrangência empírica do recorte teórico correspondente ao objeto de investigação. Exploração de campo é escolha do espaço e do grupo de pesquisa. A escolha de

sujeitos deve privilegiar os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer, pois esta não é uma questão numérica e sim de relevância. Estando o grupo definido, estabelecer tática de entrada em campo.

• A entrevista é o instrumento por excelência destes estudos, o que desdobra duas discussões: a representatividade da fala – a fala é reveladora de condições estruturais de sistemas de valores, normas e símbolos, a qual transmite representações de um grupo determinado em determinada condição; a relação pesquisador/pesquisado – a entrevista não é um trabalho unilateral, ou uma exploração, é uma interação social, em que os atores afetam-se, beneficiam-se e prejudicam-se mutuamente.

• O que a entrevista pode colher? Representações sociais, categorias de pensamento que expressam, explicam, justificam ou questionam a realidade. É no plano individual que se expressam e a linguagem constitui a mediação privilegiada. O processo saúde/doença tem estatuto privilegiado de representação, pois vincula-se ao tema existencial e inquestionavelmente significativo da vida, da morte e da loucura.

• Cada sociedade tem um discurso sobre saúde/doença e sobre o corpo; tal discurso corresponde à coerência ou às contradições de sua visão de mundo e de sua organização. A linguagem da doença não é, em primeiro lugar, linguagem em relação ao corpo, mas em relação à sociedade e aos vínculos sociais. Porém, independentemente de qualquer explicação, é o indivíduo que adoece e enfrenta a morte.

• Os principais perigos no tratamento do material são: a compreensão espontânea, como se o real se mostrasse total e nitidamente ao observador; a idealização de métodos e técnicas, como garantias da 'verdade' dos resultados; e a passagem imediata do muito abstrato ao muito concreto, sem qualquer operacionalização das mediações.

• Acreditar na existência de racionalidade e responsabilidade no texto; assumir as questões do texto como problemas não resolvidos; assumir que não há interpretação verdadeira final, bem como assumir que quem comunica e quem interpreta são marcados por suas histórias são os principais pressupostos para o tratamento do material.

• Etapas necessárias de uma investigação: diferenciar compreensão do contexto da comunicação de compreensão do contexto do próprio pesquisador; extrair definições de situação da cotidianidade do mundo do locutor, entendido como único mundo objetivo, mundo social comum, mundo de intersubjetividades. Há uma lógica em uso (investigação) e uma lógica reconstruída (exposição), ambas necessariamente articuladas.

Após desenvolver crítica epistemológica à Epidemiologia Clássica, contestando o conceito de causa como fator e única possibilidade de determinação, o conceito de classe social como estrato indicável por renda, o conceito de doença como fenômeno a-histórico que acontece nos sujeitos humanos, a redução empírica do conceito de variável, as ilusões estatísticas, as extrapolações da lógica clínica e as necessidades humanas entendidas apenas como pertinentes à esfera do consumo, Breilh (1988) e Breilh & Granda (1986) começam a construir uma Epidemiologia Crítica, extraída diretamente da obra marxiana.

• O processo saúde/doença constitui expressão particular do processo geral da vida social, incluindo e submetendo leis dos domínios físico, biológico, psicológico e social.

• O fenômeno que a Epidemiologia enfrenta empírica e teoricamente, que busca colher e compreender, é manifestação externa (aparência mistificada) e representação (imagem subjetiva).

• O movimento de conhecimento parte do concreto sensorial do processo vital para abstrações sociais e biológicas (saúde, doença, normal, patológico, desvio, indivíduo, população, determinação, distribuição, condição de vida, produção, deterioração, trabalho, consumo), até a construção de categorias mais abstratas, como perfis epidemiológico, de produção, de consumo, de reprodução social.

• A cada domínio epidemiológico (transtornos degenerativos, doenças infecto-contagiosas, doenças mentais etc.) integram-se níveis nos quais predominam determinadas naturezas de lei: dialéticas e de determinação complexa, no nível estrutural; dialéticas, causais e funcionais, no particular; funcionais e estatísticas, no individual.

• Os processos estruturais da sociedade, que permitem explicar o aparecimento de condições particulares de vida; os perfis de reprodução social, que permitem explicar as potencialidades de esperança de vida, saúde e morbi-mortalidade e a totalização dos fenômenos formando o perfil epidemiológico de cada grupo social devem ser considerados para a construção e a hierarquização da rede de determinação.

• Dimensões dos processos de determinação: estrutural – o desenvolvimento da capacidade produtiva e das relações sociais explicam as tendências sociais mais importantes e as formas principais de organização coletiva; particular – as formas específicas de produção e consumo explicam o padrão de vida de um grupo e os achados empíricos de saúde e doença; individual – os processos que, em última instância, levam o indivíduo a adoecer e morrer, ou sustentam a saúde.

• Condições básicas para a articulação da pesquisa: estabelecimento de grupo social histórico-estruturalmente homogêneo como grupo de estudo; construção do perfil de reprodução social, articulando elementos do trabalho (segurança, tipo de contrato, salário, indicadores de insalubridade e periculosidade, densidade de trabalhadores e de máquinas, esforço, postura, matéria-prima, produto, ritmo, jornada, responsabilidade, criatividade, hierarquia) e do consumo (microclima, alimentação, moradia, vestuário, repouso, esporte, arte, comunicação de massas, acesso a educação e a serviços de saúde, transporte, organização coletiva, organização familiar, migração), e construção do perfil epidemiológico, articulando medidas de capacidade vital, padrões de desenvolvimento e crescimento da população, padrões de morbi-mortalidade, distribuição dos fenômenos por variáveis individuais (gênero, idade, vivência sexual e etnia), ecológicas (altitude, clima, urbano/rural) e socioeconômicas (escolaridade, renda, profissão).

É interessante destacar que a incursão de Breilh & Granda (1986) pelo domínio psiquiátrico restringe-se a um pequeno quadro didático, comparativo, sem desdobramento operacional.

## QUAL DIALÉTICA MARXISTA?

Considerando a pletora de usos não marxistas da dialética e de marxismos desenvolvidos dentro de e após aquilo que Anderson (1987, 1989) denomina marxismo ocidental, impõe-se rigorosa delimitação do que chamaremos aqui de dialética marxista.

Para Sweezy (s/d), o que é dialética marxista?

• É um método de produção de conhecimento, abstrato-dedutivo, capaz de realizar aproximações sucessivas do mais abstrato ao mais concreto e retornar criticamente.

• Mas, qual a matéria a ser abstraída? O problema coloca três questões: O que está sendo examinado? Quais seus elementos essenciais? Um pesquisador pode estar abstraindo exatamente o que outro toma como objeto?

• O primeiro movimento da pesquisa é pôr em relevo o essencial para tornar possível a análise do que se pretende conhecer.

• Então duas novas questões são desdobradas: Como começar? Quais os critérios de inclusão no campo do essencial? Estamos em plena tragédia prática das hipóteses e testes de hipóteses.

• Abstrair é destacar certos aspectos do mundo real para fins de investigação. Estes resultados são sempre provisórios e modificam-se quando a investigação passa a outros níveis de abstração. O que se deduz em nível abstrato é indicação teórica, não predição concreta.

• Critérios para julgar validez: As suposições estão feitas com a devida consideração ao problema estudado? Elas eliminam os elementos não essenciais do problema? Elas preservam os elementos essenciais?

• Se todos estes critérios tiveram 'sim' como resposta: observou-se o princípio da abstração apropriada, prova de pertinência e validez.

• O método intenta garantir o caráter histórico, isto é, o caráter transitório da realidade pesquisada.

Ilienkov (s/d) desdobra novos elementos para a compreensão da dialética marxista:

• É a via que permite ao pensamento resolver o problema do conhecimento teórico do mundo. O concreto é a unidade da diversidade, resultado de múltiplas determinações.

• Dialética implica a elevação do abstrato na realidade ao concreto no pensamento: esta elevação é uma idéia, uma premissa, e um momento orgânico do próprio processo de conhecimento.

• Implica também apontar o duplo caminho (união e contradição), portanto a dupla natureza do movimento do conhecimento, indicando o momento determinante.

• O método da 'exposição' não é oposto ao da 'investigação', sequer é outro método. Se fossem opostos, o estudo de *O Capital* não nos forneceria um método e sim um estilo, o método teria de ser desentranhado de anotações, rascunhos, notas, diários, confidências de Marx a respeito da produção do livro.

• O processo de exposição é o processo de investigação depurado dos movimentos acessórios. Como a sucessão dos fatos não está concebida de antemão, o pesquisador seguirá caminhos, atalhos, desvios, até surpreender a rede hierarquizada de determinações e expô-la como é, não como chegou a percebê-la.

• A dialética realiza a coincidência consciente e desejada entre os momentos da indução e da dedução. O pressuposto de uma indução sem idéia é tão ficcional como o de pensamento puro. Todo olhar sobre o fato está carregado de ideologia.

• A principal característica da dialética marxista é a concepção do objeto como totalidade com devenir histórico.

Longo (s/d) oferece-nos outros elementos:

- O método dialético proporciona a metodologia geral da investigação científica. Cada ciência deve descobrir o método peculiar de desenvolvimento de sua área específica da realidade.
- As relações são entendidas como um sistema e este, como um processo histórico mediatizado, em que toda relação aparente encobre uma fenomênica e cada fenomênica encobre uma essencial. As forças de um desenvolvimento são internas a ele próprio, havendo que descobri-las e individualizá-las.
- O sistema de conceitos que corresponde ao sistema de relações reais organiza-se de acordo com certa ordem lógica e com diferentes níveis de exposição. Esta ordem lógica haverá de ser análoga à dos fenômenos reais que representa e seus conceitos deverão apresentar distintos graus de concreção.
- Quanto mais elevado o nível de abstração, menos capaz de predizer o comportamento concreto, porém assenta as bases teóricas indispensáveis para que isto possa ser realizado.
- A formulação teórica representa a expressão sintética de um conjunto que explica seus fatos concretos. A análise concreta representa a investigação empírica dos fatos concretos de acordo com concepção geral dos fenômenos. As abordagens quantitativa e qualitativa são indissociáveis.
- Etapas da investigação científica: 1ª) análise qualitativa, teórica, cujo instrumento é a abstração; 2ª) análise quantitativa, pois as manifestações dos fenômenos devem ser medidas, valoradas e comparadas, entre si e com os resultados hipotéticos estabelecidos teoricamente e 3ª) crítica qualitativa, reconstrução significativa dos fenômenos, testada e testando a teoria.
- A Matemática analisa as proporções que caracterizam os fenômenos, nunca suas determinações. Os métodos matemáticos permitem a obtenção de resultados práticos válidos, até quando não se conhecem a essência e as relações reais existentes entre os fenômenos em questão.
- As relações e proporções dedutíveis empiricamente, nas Ciências Sociais, variam rapidamente e suas conexões são muito complexas. Descrição, medição e elaboração matemática dos dados aparentes podem oferecer resultados práticos, mas, no geral, captando a realidade de modo inadequado devido ao fato de que os dados de partida estão em contínua e veloz transformação.

## INDICAÇÕES MARXISTAS PARA A PESQUISA NO CAMPO DA SAÚDE

O marxismo é uma teoria da História que reivindica proporcionar uma história da teoria e, desde os trabalhos originais de Marx e Engels, passando, na Europa Oriental, pela consolidação e desagregação de Estados socialistas; passando, na Europa Ocidental, pelo retorno à Filosofia realizado pelo marxismo acadêmico; chegando às recriações e revisões fundamentalistas de hoje, apresenta aquilo que Hobsbawn (1983) chama de "intrincado matagal teórico", possibilitador de uma "cultura informal, pluralista, questionadora e cosmopolita".

Godelier (1983), resgatando idéias-força do marxismo,[4] demonstra a riqueza atual de seus desdobramentos teóricos e práticos na Filosofia (Habermas, Cohen), na Economia (Braverman, O'Connor), na Política (Poulantzas) e na História (Hobsbawn, Dobb, Anderson), mas também demonstra como estamos quase virgens no campo específico do processo saúde/doença, especialmente no campo do processo saúde/doença mental. Alexis Leontiev, Erich Fromm, Wilhelm Reich, Lucien Sève, Phil Brown, Alberto Merani, Carlos Castilla del Pino e Manuel Calvino, por exemplo, representam o quanto o marxismo tem podido ajudar na construção do objeto da Psicologia, mas pouco avançam na direção da pesquisa empírica sobre o modo como as pessoas concretas expressam sofrimento psíquico concreto, derivado de suas condições concretas de vida.

Existem indicações para uma concepção histórico-estrutural do processo saúde/doença e de suas determinações, do processo subjetividade/objetividade e de suas determinações, e da distribuição dos fenômenos sanitários humanos em relação ao modo como as populações se constituem, desde as obras fundadoras do marxismo. Em *A Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra*, publicada em 1845, Engels (1988) já expunha algumas destas questões:

- A Revolução Industrial produziu centralizações: econômica (de riqueza), ecológica (urbanização) e social (de classes).
- A lógica da concorrência produz a universalização da competição (entre capitalistas, entre capitalistas e trabalhadores, entre trabalhadores) e individualismo.
- A qualidade da existência humana (padrões de moradia, vestimenta, alimentação, educação e saúde) resulta do lugar ocupado na produção das condições de existência.
- A categoria 'trabalhadores' não é homogênea, devendo ser estudada em sua heterogeneidade: de indústria atrasada, de indústria moderna, de minas, agrícola etc. A heterogeneidade é marcada pelo ramo da produção, pelo tipo de tecnologia aplicada e pelas táticas de remuneração.

---

4 "Os homens vivem em sociedade e a produzem para viver". "Os homens evoluem pela realização da história". "A história é um movimento contraditório de dois tipos: entre grupos sociais que controlam diferentemente suas condições de existência; entre desenvolvimentos das relações materiais homem/natureza e formas sociais da divisão de trabalho/processo de produção". "Toda relação pode ser captada em sua estrutura aparente – conexões visíveis – e/ou em sua estrutura interna – conexões reais". "As relações entre estruturas não são lineares, nem simples: a Economia é o fundamento da casa, mas os homens moram na casa, não no fundamento". (GODELIER, 1983)

• A esperança de vida e os padrões de morbi-mortalidade variam de acordo com as diferenças estruturais da população.

• No geral, com industrialização e urbanização, consolida-se tendência de substituição do agudo pelo crônico, do acidente pelo desgaste, do entorpecimento físico pelo intelectual.

• O método de coleta de dados deve integrar estatística e todas as fontes possíveis com depoimento dos trabalhadores (entrevistas, cartas, discursos nas associações, panfletos etc.) e observação pessoal do pesquisador.

• É possível estabelecer forte associação empírica entre epidemias e depressão econômica, entre alta mortalidade infantil e desnutrição, entre alta mortalidade e más condições de moradia, entre trabalho/consumo debilitados e baixa esperança de vida.

• Os atores sociais constroem a imagem que têm de si mesmos. Mas há contradição entre auto-imagem e base material. O trabalhador assalariado parece ser livre, por não ser vendido de uma vez só e sim por lotes horários, também por ser vendido por si próprio. A aparência de liberdade confere alguma liberdade real, mas nenhuma garantia permanente de sobrevivência.

• A moral do trabalhador ('moral' é como Engels toma o psíquico) é radicalmente cindida: o trabalho produtivo não garante a sobrevivência; a mendicância é menos eficaz ainda, além de ser humilhante; a criminalidade é risco desesperado e autoviolência ética.

• Esta moral cindida pode levar ao alcoolismo (''certeza de esquecer, pelo menos por algumas horas, a miséria e o fardo da vida''), à inatividade fatalista, ao suicídio, ao homicídio ou à luta revolucionária. Mas o que permite a escolha de um destes caminhos, concretamente?

• Para Paulo Netto (1988), Engels oferece um modelo de como o enquadramento teórico deve orientar a seleção e a análise factual, e como estas, tratadas dialeticamente, incidem na correção daquele.

Com toda a densa e complexa compreensão da lógica econômica do modo de produção capitalista, na era da revolução industrial, Marx (s/d) acatará e sistematizará as indicações de Engels, sobretudo nos Capítulos VIII e XIII do Livro 1 de *O Capital*, dedicados respectivamente à jornada de trabalho e à maquinaria.

Marx percebe os problemas de determinação da jornada de trabalho (''esta guerra civil''), seu tamanho mínimo dado pelo valor de reprodução da força de trabalho e seu tamanho máximo dado pelos limites físicos e sociais do trabalhador. Como a força de trabalho está submetida à lógica da mercadoria, as necessidades dos trabalhadores estarão em antagonismo permanente com as necessidades dos capitalistas, qualquer vitória de um representando alguma natureza de perda para o outro, os produtos adquirindo valor pelo que vampirizam em desgaste do produtor.

Marx também percebe as transformações impostas a extensão e ritmo dos módulos de produção pelas inovações tecnológicas, afetando músculos e atenção dos trabalhadores. A partir daí, observa os modos como estes elementos impactam diretamente sobre o trabalhador e, indiretamente, sobre sua família, suas relações sociais, a cultura e o perfil sanitário da sociedade. Então, retoma Engels e monta a equação condições de existência/lugar na produção, investigando esperança de vida, qualidade da alimentação, morta-

lidade geral e infantil, trabalho infantil e da mulher grávida, insalubridade, acidentalidade, organização familiar, saneamento básico, acesso a serviços de saúde.

Mas Engels e Marx estavam empenhados em descobrir as leis gerais do desenvolvimento de um modo de produção, em construir uma ciência denominada Economia Política, a serviço da luta revolucionária, em construir um método de produção de conhecimento que se reconstruísse e se operacionalizasse a cada novo objeto e para cada finalidade prática. Assim, o modo como os determinantes histórico-estruturais comparecem na forma como as pessoas adoecem, morrem, percebem a condição humana e sofrem ou não com o que percebem, ficava apenas indicado.

A obra de Gramsci (1984) oferece-nos mais um outro *grundrisse*, até pela condição objetiva de ser produção intelectual realizada na prisão. Há um conjunto de anotações enfeixadas sob o título de *Americanismo* e *Fordismo* que indica caminhos para a investigação daquilo que ele próprio denominava ''novos e graves problemas de superestrutura''. O conjunto total de notas da prisão, com o nome de *Lettere dal Carcere* foi publicado em 1947 e republicado nos anos 60, pelo Instituto Gramsci, em tomos mais orgânicos, destacando *Americanismo* e *Fordismo* para concluir o volume *Note sul Machiavelli*. O que Gramsci nos indica?

- Entre problemas importantes a serem estudados, surgem a sexualidade, as doenças causadas pelos modos de organização da produção, as crises de depressão determinadas pela crescente coerção moral exercida pelos aparelhos estatal e social, e a Psicanálise, expressão daquela coerção moral sobre os indivíduos.
- A pesquisa se encontra diante de um desafio – como recortar as diferenças estruturais dentro das classes e entre elas, pois são essas diferenças que podem oferecer explicação para as distintas reações ao que pessoas e grupos viverão em comum.
- A hegemonia vem da empresa e, para ser exercida, haverá necessidade de intermediários da política e da ideologia, em acordo com complexidade histórica anterior.
- Mesmo com expropriação de saber e controle, o trabalhador não é 'gorila domesticado', é homem e reage, cria, recria.
- Os progressos da higiene, que elevaram a média de vida humana, colocam cada vez mais a questão sexual como aspecto fundamental da questão econômica, e o campo da reprodução retorna sobre o campo da produção cada vez com mais força.
- A vida urbana e industrial exige um tirocínio geral, um especial processo de adaptação psicofísica para as novas condições de trabalho, nutrição, habitação e costumes.
- As mudanças dos modos de ser e viver são processadas aliando consentimento, persuasão e coerção. Até a década de 30, tem sido mais por coerção, lançando no inferno das subclasses os débeis, os refratários, ou simplesmente eliminando-os.
- A produção exige que se conserve, fora do trabalho, um equilíbrio psicofísico que impeça o colapso no trabalho imposto pelos novos métodos de produção (taylorismo/fordismo), e permita que o trabalhador possa ser consumidor. O equilíbrio será melhor quanto mais for internalizado por persuasão e autoproposto.

## OPERACIONALIZAÇÕES NO CAMPO DA SAÚDE

Laurell (1987) realiza mapeamento e balanço crítico das investigações latino-americanas em trabalho e saúde, analisa quatro modelos de estudo da relação trabalho/saúde e elabora modelo próprio, do qual apresenta proposta de aplicação. Seu horizonte de visibilidade é o do processo de produção. Acompanhemos pressupostos e sugestões operativas:

- Os trabalhadores não podem ser encarados apenas como fonte de informação. Eles devem ser integrados à pesquisa como agentes e sujeitos do processo de produção de conhecimento.
- A correlação de forças entre trabalho e capital se expressa no cotidiano dos trabalhadores por meio de um conjunto de elementos apreensível como padrão de desgaste.
- Processo de produção (processo de valorização + processo de trabalho) é a categoria analítica central para compreensão do trabalho em relação com a saúde na sociedade capitalista.
- A pesquisa deve integrar pressupostos epistemológicos, lógica de investigação, análise quantitativa e qualitativa, elementos objetivos e subjetivos, pesquisador e sujeito.
- Existe um protocolo de pesquisa, a denominada proposta Gardell & Frakenhaeuser, que não critica o conceito clássico de doença, elege 'estresse' como categoria explicativa e estrutura a pesquisa em torno do trabalhador individual. Os pré-requisitos exigidos são: colaboração do trabalhador, acesso livre aos lugares de trabalho e pesquisa dentro da jornada. Onde os requisitos não se efetivam, a pesquisa não pode efetivar-se.
- Existe um outro protocolo de pesquisa, a denominada proposta Modelo Operário Italiano, que apresenta uma concepção de risco pouco diferente daquela da Medicina do Trabalho e da Ergonomia. O protocolo parte de pressupostos interessantes, porém problemáticos: toda escolha, inclusive a tecnológica, é historicamente datada, representa interesse classista, o que contraria a mera apropriação, pelos trabalhadores, de instrumentos desenvolvidos por especialistas; impõe-se criar os próprios instrumentos de investigação; a pesquisa deve aderir ao horizonte de visibilidade do trabalhador, o que é, no mínimo, problemático, pois lateraliza as questões da localização fechada do trabalhador em postos e locais de trabalho, além de desconsiderar as perversões de conhecimento geradas pela situação de alienação.
- O Modelo Operário Italiano, entretanto, oferece inovações e processos operativos. Inovações: pesquisador e pesquisado são o mesmo sujeito; e conhecer e transformar são o mesmo momento. Operações: constituir como equipe de pesquisa e população pesquisada grupo de trabalhadores que compartilhe condições de trabalho e vinculação política; validar consensualmente no grupo os problemas levantados; realizar medições e registros bioestatísticos com assessoria técnica; elaborar mapa de risco (''representação gráfica do processo laboral e de seus agravos à saúde'') e plataforma de reivindicações; e levantar os fatores de risco presentes no ambiente (''conjunto de condições de produção nas quais a força de trabalho e o capital transformam-se em mercadoria e lucro'').

• Laurell apropria-se principalmente do Modelo Operário Italiano, desenvolve os conceitos de carga laboral ("conjunto integrado de condições do processo de trabalho")[5] e desgaste ("transformações negativas dos processos biopsíquicos humanos geradas pela interação dinâmica das cargas laborais, representando um prejuízo das capacidades efetivas e/ou potenciais, não necessariamente expresso como patologia").

• O conceito de carga é melhor que o de risco por não individualizar e sim sincretizar fatores cuja totalidade resultante é qualitativamente diferente da somatória das partes. O conceito de desgaste é melhor que o de doença por ser simultaneamente mais amplo e mais discriminativo.

Laurell está interessada em apreender de maneira profunda e totalizada o processo de trabalho, quer saber como este afeta o processo saúde/doença do trabalhador e, principalmente, quer predizer: conhecendo-se o processo de trabalho dominante, antecipam-se os traços gerais das possibilidades de sofrimento físico e psíquico.

Possas (1989), afirmando-se em e destacando-se tanto de Laurell (1987), quanto de Breilh (1988), propõe uma operacionalização para estudos epidemiológicos que articule categorias como 'condição de vida' e 'condição de trabalho', que concretize classe social diante de específica organização social de economias submetidas à sobreposição de atraso e modernidade, de periferia e centralidade, de dominância de um modo de produção sem homogeneidade, e, principalmente, que seja capaz de revelar a hierarquia de mediações entre o econômico, o sociocultural e o biológico, entendidos como históricos.

• Classe é conceito genérico que não dá conta da dimensão concreta da base sobre a qual estudar as diferenças de morbi-mortalidade. Então impõe-se retomar a categoria 'população', como mais explicativa e mais epidemiologicamente específica.

• O perfil de condições (padrão de reprodução social) que possa explicar o perfil epidemiológico da população deve considerar a dimensão espacial da ocupação urbana e rural, a densidade demográfica, alimentação, habitação, saneamento, transporte, lazer, esporte, posição perante o mercado de trabalho, modos de obtenção da sobrevivência (rotatividade da mão-de-obra, processos específicos de não-trabalho, processos específicos de trabalho).

• No que diz respeito às populações absorvidas de modo regular em alguma atividade produtiva, é necessário identificar intensidade do desgaste e natureza dos riscos, daí a utilidade do conceito de 'ocupação', por sintetizar os elementos necessários ao perfil de trabalho.

• Possas reproduz de Rumel (1987) uma classificação de categorias ocupacionais: intelectuais, agricultores, de serviço, operários e braçais.

• Utilizando-se das classificações de doenças por grupo de causa (expressão imprópria, pois constituem grupos de fenômenos), Possas constrói classificação própria: crônico-degenerativas, infecto-parasitárias, causas externas e mentais.

---

5 Cargas Laborais Tipo I – materialidade externa que ao interagir com o corpo cria nova materialidade interna (mecânicas, físicas, químicas e biológicas). Cargas Laborais Tipo II – materialidade interna que se expressa em processos internos fisiológicos e psicológicos (esforço, postura, movimentos, sono/vigília, extensão da jornada, turnos, tensão prolongada, hiperatenção, ritmo elevado, consciência de perigo, desqualificação, parcialização, repetitividade, responsabilidade inadequada, descontrole sobre saber, decisões e produtos etc.) (LAURELL, 1987).

• Propõe, então, um esquema básico de pesquisa[6] que articula as categorias ocupacionais e os grupos de fenômenos, em dois momentos, um primeiro de cruzamentos simples e um segundo de cruzamentos complexos.

Que comentários podemo-nos permitir sistematizar?

• O uso do conceito 'classe social' é fundamental, portanto não há como não usá-lo, como quer a autora. 'Classe' é categoria genérica, pois, em nível econômico, teríamos apenas duas, a que possui meios de produção e a que possui força de trabalho, mas é teórica e explicativa. 'População' é empírica e descritiva, porém é genérica, porque remete a conjunto de seres vivos que compartilham alguma homogeneidade ecológico-estrutural. Ora, é exatamente para romper a generalidade descritivista, exibindo a heterogeneidade estrutural das populações humanas, que 'classe social' é usada, e, dependendo do nível de abordagem, para revelar o modo concreto como aparecem no cotidiano do objeto. Não se sustenta, para evitar os problemas colocados pela categoria 'classe social', retomar a empírico-genérica 'população'.

• No que diz respeito à classificação das condições de vida e de trabalho, pelo menos dois reparos se colocam de imediato: 1º) O título do subgrupo III.7 apresenta redundância com relação ao título do grupo, e mereceria ser discriminado em Cuidados à Saúde, Cuidados à Educação e Outros Cuidados, por exemplo. 2º) Os cinco grupos podem ser cindidos em quatro, se a prática for liberal, por conta própria, ou contratada, e, sendo contratada, se o regime de propriedade do contratante é privado ou estatal. Além disto, um mesmo esforço classificatório precisaria ser aplicado às populações que se encontram fora da atividade produtiva regular. Para isto, de antemão, podemos perceber pelo menos três problemas: As crianças, com suas especificidades biopsicológicas de desenvolvimento, podem simplesmente ser alocadas na classificação dos pais? Os aposentados que não retornam à produção, sequer marginalmente, com suas especificidades biopsicológicas de desenvolvimento, podem simplesmente ser alocados na classificação dominante de sua produção anterior? Os cônjuges responsáveis pelas tarefas domésticas podem constituir subcategoria da classificação do cônjuge que se encontra na produção ou podem constituir categoria à parte, embora devamos lembrar que têm processos diferentes de atividade, mas compartilham do poder de compra da renda do outro?

• A autora realiza uma crítica formal ao conceito de causa, pois apenas refere-o a uma estrutura de causalidade submetida a esquema de determinação múltipla. A causa é uma das expressões da determinação, sendo, portanto, categoria contida, não continente. Também realiza uma crítica formal ao conceito de risco: primeiro, emparelha-o ecleticamente com o conceito de desgaste, depois, reassume-o intacto.

---

6 Esquema I. Cruzamentos simples. I.1. Distribuição Populacional por Condição de Risco = Porcentagem de população por subgrupo de condição de vida e trabalho. I.2. Padrões Epidemiológicos por Condição de Risco = Porcentagem de exposição dos subgrupos de doença por subgrupo de condição de vida e de trabalho. I.3. Perfil Epidemiológico por Condição de Risco = Cruzando I.1 com I.2. Esquema II. Cruzamentos complexos. II.1. Distribuição Populacional Total = Distribuição da população entre todas as combinações possíveis dos níveis/classes discretos de cada condição de vida e de trabalho. II.2. Padrões Epidemiológicos Totais = Distribuição dos graus de risco associados às patologias em populações sujeitas a cada combinação possível de níveis/classes de cada condição de risco. II.3. Perfil Epidemiológico Total = Cruzando II.1 com II.2 (Possas, 1989).

• Por fim, interessa destacar o estatuto independente que a autora concede às doenças mentais, sem, no entanto, discriminá-las, tomando-as como um todo homogêneo.

O complexo estudo epidemiológico de Breilh et al. (1990) não visa comprovar determinação e sim fornecer elementos para planejamento social. Representa, porém, operacionalização de grande envergadura da proposta teórica de construir perfil de reprodução social para explicar perfil epidemiológico, indicando, assim, pontos a serem transformados pela ação política aliada aos interesses das classes subalternas. A base da operacionalização é a zona territorial homogênea.

• A saúde coletiva é parte integrante da vida social; portanto, garantidas as especificidades, a primeira submete-se às leis gerais da segunda. A parte (processo saúde/doença) é produto de sua própria história e da história do todo.

• Os membros de cada classe social, de acordo com o modo de inserção na esfera produtiva, padrões de consumo e formas de organização e cultura, desenvolvem-se em meio a um sistema contraditório, no qual se opõem tanto valores que protegem e aperfeiçoam a saúde e os processos biológicos, como contravalores que os deterioram e destroem.

• Dimensões da reprodução social: Geral – no caso das sociedades capitalistas, adquire o caráter histórico de acumulação de capital, competição universal e transformação de todas as relações em mercadoria. Particular – a das classes ou grupos sociais específicos que conformam a sociedade dada.

• Eixo dos processos de determinação: Movimento complexo, intermediado, que atravessa as variadas dimensões do processo produtivo – distribuição > consumo > território > relações político/ideológicas.

• Etapas do processo de pesquisa que tome território por base: caracterização da sociedade (Economia – Política – Sociologia); caracterização das estratégias de sobrevivência familiar (nas economias periféricas, onde o capitalismo monopolista é hegemônico, mas não homogêneo, e onde existe grande população excedente, disfuncional até para as necessidades de 'exército de reserva', esta caracterização é vital, pois parte substancial da população vai estar fora dos circuitos formais de produção); caracterização das determinações epiclimáticas (mediação do espaço geográfico).

• A construção das zonas territoriais homogêneas obedece a critérios político-administrativos, econômicos, demográficos e climáticos.[7]

• Elementos a serem coletados: demográficos (natalidade, fecundidade, mortalidade geral, migração, densidade populacional, distribuição urbano-rural, distribuição etária, distribuição sexual); econômicos (modo de produção, situação periférica ou central

7 Critério político-administrativo: o critério permite ajustar resultados às divisões – município, província, estado, país – cristalizadas pelas lutas políticas do passado, consolidadas no mapa geopolítico atual. Critério econômico: ordenação segundo estágio dominante de desenvolvimento: Empresarial = desenvolvimento monopolista; Transicional = desenvolvimento pré-monopolista; Atrasada = desenvolvimento pré-capitalista; Transicional por Colonização = capitalização agressiva e tomada de território econômico pré-habitado; e Transicional de Pequena Produção Protegida = pequenas unidades econômicas de caça, pesca, turismo e artesanato, protegidas pelo Estado. Critério demográfico: Metropolitana. Concentração Urbana Média. Concentração Urbana Baixa. Critério climático: tropical e subtropical úmido, tropical e subtropical seco, temperado etc. (Breilh et al., 1990).

da economia, tipo de desenvolvimento do modo de produção, recessão/crescimento, composição por setor da economia, composição da força de trabalho, processos de trabalho, posição dos salários na massa de rendas, inflação, custo da cesta básica, emprego/desemprego, trabalho infantil, incorporação da mulher no mercado de trabalho); sociais (analfabetismo, vagas escolares, vagas hospitalares, vagas em creche, habitação, favelas, alimentação, morbidade, cobertura a partos, crianças abandonadas, criminalidade, comunicação de massa, transporte coletivo, mortalidade infantil, mortalidade feminina); e sanitárias (rede de esgotos, oferta de água tratada, coleta de lixo, poluição ambiental, controle dos produtos industrializados para alimento e medicação).

Podemos perceber agora que os estudos epidemiológicos têm operacionalizações em razão do objetivo (comprovar determinação, política sanitária, desenvolvimento técnico-instrumental etc.) e do campo escolhido para, partindo dele, visualizar o todo social (produção, consumo, território).

Os autores não fazem uma hierarquia produção-consumo, em que o estudo do perfil de produção tanto poderia explicar o perfil epidemiológico, como o de consumo. Disto resulta a baixa operacionalização dos elementos da produção, concretizáveis por ramo, idade tecnológica e tipo de competição. Não é a esfera da produção que será cortada em zonas homogêneas, e sim o território, integrando elementos gerais de produção, de consumo, de situação sanitária, visando construir um perfil de reprodução social, interpretável pela categoria 'deterioração social'.

Temos então que a Epidemiologia configura perfil sanitário e todas as suas perguntas se dirigem às outras ciências: Economia, Sociologia, Demografia, Política, Antropologia, Psicologia, Biologia etc. Contudo, o esforço de partir do genérico do modo de produção para condição concreta de existência dos grupos sociais obteve resultados alentadores.

## INDICAÇÕES MARXISTAS PARA PESQUISA NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

O corte apresentado por Althusser entre um jovem e um velho, no que diz respeito a Marx, tantas vezes aceito e refutado, é particularmente útil quando estudamos as contribuições de Politzer à Psicologia. Há um jovem Politzer que produz um *grundrisse* de uma psicologia marxista mas que, após a automutilação denunciada por Bleger (1965), é abandonado por um Politzer econômico-reducionista seguinte. Este *grundrisse* pode ser percebido nos escritos psicológicos publicados em 1928-1929 (Politzer, 1965):

- Não há nada de especificamente psicológico nas psicologias praticadas. A Psicologia do Comportamento Aparente critica a Psicologia da Consciência que critica a Psicologia da Alma, e nenhuma sai do formal e da conciliação.
- É preciso substituir a crítica da forma pela crítica de fundo, superando o ecletismo e a conciliação pela incorporação com superação.
- Os fundamentos de uma Psicologia Concreta, baseada no marxismo, só poderão ser elaborados mediante permanente trabalho coletivo.
- A crise da Psicologia não será superada enquanto a crítica não for eficaz, operacionalizável.

• A vida biológica dos homens expressa-se através da vida propriamente humana dos homens, a qual apresenta visão, intenção, compreensão e conhecimento dramáticos.

• A Psicologia é a ciência que pode estudar o drama em sua atualidade e particularidade determinadas.

• Todas as formas de realização humana estão ligadas aos seus fenômenos, algumas mais (erotismo), outras menos (trabalho) ligadas ao determinismo individual.

• A Psicologia tem se baseado em tradição de conhecimento, não no estudo de fatos; investiga sem plano (errática) e mutiladamente (detendo-se antes do fato, prisioneira de precauções e garantias de neutralidade).

• A Psicologia Industrial e a Psicometria constituem possibilidades de uma Psicologia Concreta, se lhes for acrescentada a crítica de fundo que o marxismo possibilita.

• O determinismo psicológico atua nas malhas do determinismo econômico, este último confere alcance e limite ao primeiro, mas não anula sua especificidade.

Muitas décadas se passaram até que novo teórico repensasse o campo do psíquico, buscando apreendê-lo como processo coletivo. Sua declarada intenção é de constituir uma epidemiologia daquilo que se cristaliza em torno do fenômeno personalidade. Campana (1988) arrola problemas da ciência, do método científico, das concepções sobre personalidade e das possibilidades de abordagem epidemiológica da personalidade. Elabora uma crítica de fundo ao behaviorismo e à existencial-fenomenologia, para apresentar uma defesa do uso da dialética marxista.

• A Psicologia Materialista tem estado demasiadamente concentrada nos aspectos fisiológicos da vida mental. É muito recente seu interesse pelas relações e atitudes humanas.

• A consciência constitui capacidade humana de refletir os elementos fundamentais da realidade, permitindo ao sujeito dar-se conta do sentido das interações e preparar ações que envolvam experiências prévias e perspectivas futuras. A consciência se objetiva pelas atividades (dominantes: trabalho e linguagem) e pela personalidade (saudável, se predominam valores; doentia, se predominam contravalores). A linguagem termina por ser a forma-síntese de objetivação, por ser a consciência prática, a consciência que existe para os outros homens.

• A personalidade representa resultado individual do conjunto de relações sociais vividas pelo indivíduo e seu grupo social, é uma das formas de objetivação da consciência. A anatomia da sociedade deve ser buscada nas relações econômicas; a da consciência, na linguagem; a da personalidade, nas relações sociais.

• Eixos genéricos para compreensão da personalidade: materialidade, determinação pela prática histórico-social e relação dialética (complementar, contraditória, interdependente) indivíduo/sociedade.

• Eixos específicos para compreensão da personalidade: estado da base sensorial-nervosa; lógica fundamental das relações econômicas (exemplo: sob o capitalismo, todas as relações são transformadas em relações mercadológicas, compra e venda como base); natureza dos sistemas mediadores de relações sociais (família, escola, igreja, empresa); estado de satisfação das necessidades que surgiram, surgem e continuarão surgindo.

A abordagem mapeia problemas téoricos, insinua soluções, mas não transforma as insinuações em propostas, conseqüentemente não operacionaliza propostas. Isto nos

remeteria ao mesmo patamar alcançado por Politzer, todavia um e outro já nos permitem antecipar que o campo do processo saúde/doença mental é o campo da personalidade, expressão da consciência.

## OPERACIONALIZAÇÕES NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

A obra que Adorno (1950) desenvolveu nos Estados Unidos aponta mais que um *grundrisse* para a possibilidade de identificar fenômenos psicológicos em populações, caracterizá-los e surpreender suas determinações, pois representa uma experiência de incursão efetiva na realidade. O pragmatismo dos colaboradores americanos pode ter vetado vôos teóricos mais altos, porém o que surgiu não foi superado até agora.

Para Carone (1986), estudando a fortuna bibliográfica derivada de *The Authoritarian Personality*, houve perda dos princípios teóricos e metodológicos da Teoria Crítica da Escola de Frankfurt. Os estudos subseqüentes não trouxeram profundidade ao conhecimento da estrutura psíquica, sequer ao conhecimento do objetivo mais limitado de revelar o substrato psíquico do fascismo. Estes desdobramentos, com perda de princípio, podem ser simbolizados pelos estudos de Levinsohn & Sanford, apropriados por Gough (1951) ao desenvolver a subescala 'preconceito' para o Minesota Multifasic Personality Inventary (MMPI), um instrumento que não rompe com a concepção kraepeliniana de doença mental, mas que permanece útil por sua capacidade de descrição e sua sensibilidade discriminativa.

Sumarizemos a incursão de Adorno:

- Psiquismo e sociedade são mediados por instituições (família, escola, igreja, empresa etc.). Qual o lugar de cada instituição na determinação das características de cada grupo e/ou cada sujeito, em cada organização social específica?
- O pressuposto básico é o da unidade psíquica estrutural, o que permitiria, com base nas respostas dadas a determinadas perguntas, centradas numa certa dimensão psicológica, deduzir respostas a outras perguntas, referentes a outras dimensões.
- Personalidade é conceituada como organização de força, mais ou menos durável, dentro do indivíduo, que representa o sedimento das interiorizações e as possibilidades de reação e criação.
- Ideologia é conceituada como conjunto de opiniões, atitudes e valores, apropriada pelo indivíduo, que, no entanto, tem existência transindividual, de caráter histórico e macrossocietário.
- A organização social produz elementos de cultura que, interiorizados, organizam o caráter. O caráter organizado predispõe o sujeito para determinadas opções político-ideológicas. A interiorização da cultura introjeta violência, mas também impulsos e tendências emancipatórias.
- A ideologia ossificada definiria tipos de caráter que, definidos, retornariam sobre a ideologia justificando-a, acolhendo-a, facilitando-a.
- É necessário transpor para o plano empírico as concepções teóricas, e a investigação só pode ser interdisciplinar.
- O uso do instrumento questionário, para coleta de dados, sozinho, não permite compreender dinâmica de personalidade. É necessário suplantar este limite articulando instrumentos (questionários e entrevistas de aprofundamento), naturezas diversas de

questões (factuais, opinativas, projetivas) e níveis de estudo (caso grupo e caso individual). Os resultados globais do estudo de grupo (população) indicariam elementos para a seleção dos sujeitos para estudo individual de caso.

• A pesquisa objetiva construir um elenco de tendências, de tipos. A variedade de tipos caracterológicos encontrados[8] revela a diversidade das formas pelas quais a cultura impõe seus conteúdos aos indivíduos.

• Características gerais encontradas, naqueles grupos, naquela sociedade, naquele tempo: há uma tendência de a personalidade se identificar com o *status quo*; há uma tendência de a personalidade se adaptar à aparência de uma realidade ossificada; há antiutopismo.

Problemas que podemos identificar nesta instigante incursão de Adorno pelo campo do psíquico, em nível quase-epidemiológico:

• O pressuposto da unidade psíquica estrutural. Não parece que o psíquico se constitua homogeneamente, considerando-se a realidade heterogênea das condições sociais e a existência da alienação. Objetividade heterogênea > subjetividade heterogênea. A heterogeneidade estrutural pode ter zonas de equilíbrio, contradição e antagonismo, antagonismo que pode se expressar por ruptura sujeito/objeto, ruptura que pode se expressar por doença mental, mas sem que antagonismo, ruptura e doença mental possam ser reduzidos uns aos outros.

• A identificação de respostas a questionário com convicção íntima. As respostas dos sujeitos passam sempre por um julgamento do que a moral individual considera justo e do que o sujeito suspeita agradará ao pesquisador, que nunca se apresenta neutro diante dele, e sim munido de um estatuto. O determinismo simples personalidade/ideologia precisa ser dialetizado e a própria concepção de ideologia deve ser expurgada de seu lado *clean*, para norte-americano, no início da guerra fria, ver.

• As mediações quase mecânicas entre indivíduo e sociedade. Estas são as totalidades a serem consideradas, não psiquismo e sociedade como quer Adorno, pois psiquismo já é uma mediação. Personalidade e ideologia correspondem a outra relação entre totalidades, melhor entendida como probabilística.

• A construção das populações de estudo. O critério de configuração dos grupos foi superestrutural, sem considerar as determinações econômicas, além de terem sido constituídos por sujeitos-limite (prisioneiros, veteranos, doentes mentais).

• Tomar um sucesso como fracasso. Um progressista em política pode ser sadomasoquista e este achado não podia ser aceito pelo pensamento esclarecido dos anos pós-derrota do nazismo. Daí Adorno recusar os achados e supor ter fracassado.

• Conceito de interdisciplinaridade como mera multiprofissionalidade, incluindo defesa corporativa de áreas de conhecimento. Disciplina científica não é profissão e interdisciplinaridade não é mera somatória de disciplinas isoladas.

Mas Adorno avança, diz que não só é possível, como inevitável a pesquisa empírica e coloca-nos diante dos desafios de hoje. Politzer e Adorno ajudam-nos a construir

---

8 São 12 os tipos: os sete *high score* (Ressentido, Superficial, Convencional, Autoritário, Rebelde-Psicopata, Lunático, Manipulador) e os cinco *low score* (Rígido, Contestador, Impulsivo, Descontraído, Genuíno) (Adorno, 1950).

um protocolo de pesquisa de processos histórico-estruturais. Campana inicia o debate especificamente epidemiológico, especificamente direcionado ao campo da saúde mental.

## CONCLUSÃO

Integrando e buscando superar as contribuições anteriores, estamos agora em melhores condições para esboçar um desenho metodológico que dê conta da complexidade do objetivo proposto: estudar distribuição, modos de expressão e modos de determinação do processo saúde/doença mental em populações humanas qualificadas histórico-estruturalmente.

### Esboço de uma Taxonomia Epidemiológica

O campo da Epidemiologia é constituído por natureza do objeto e categorias intermediárias operacionalizadoras. Mas tomando método, tema ou campo de entrada, objetivo específico, domínio genérico e domínio específico, quantas epidemiologias podemos ter?

- Segundo método: fenomenológica, funcionalista, estruturalista, compreensiva, dialética marxista, dialética não marxista, neopositivista etc.
- Segundo tema ou campo de entrada: produção, reprodução, território, perfil assistencial, cultura, período histórico etc.
- Segundo objetivo específico: planejamento sanitário e assistencial, comprovação de associação lógica, comprovação de determinação, desenvolvimento tecno-instrumental etc.
- Segundo domínio genérico: dos acidentes, dos desgastes, endocrinológica, cardiológica, gastrenterológica, imunológica, psiquiátrica etc.
- Segundo domínio específico no campo psiquiátrico: da personalidade, do sofrimento psicológico, da doença mental.

Este é um achado fundamental para o prosseguimento de qualquer debate que envolva a maturação científica de uma Epidemiologia Psiquiátrica, o do domínio específico. Se o paradigma da identidade entre loucura e possessão permitia uma epidemiologia da alma, agora o paradigma da distinção soma/psiquê, desdobrado em paradigma da heterogeneidade estrutural da subjetividade, permite uma epidemiologia da personalidade, uma epidemiologia do sofrimento psicológico e uma epidemiologia da doença mental (transtornos somatopsíquicos e psicossomáticos, psicopatias, neuroses, psicoses).

### Esboço de um Modelo de Investigação

A práxis de pesquisa em Epidemiologia Psiquiátrica, nas dimensões da personalidade, do sofrimento psíquico e da doença, obriga a algumas decisões fundamentais:

- Método de escolha: dialética marxista.
- Pressupostos teóricos:

  A subjetividade é estruturalmente heterogênea, como o mundo objetivo.

  A personalidade é o campo de expressão da consciência.

Sofrimento e doença mental representam qualidades da personalidade, objetivando-se como a consciência o fizer.

A abordagem quantitativa colhe aparências que, obrigatoriamente, necessitam ser explicadas e significadas.

O campo do determinado explica-se pelo campo dos determinantes, donde a Epidemiologia obriga-se a perguntar a outras ciências o significado do que encontra e recorta.

Os estudos exigem uma práxis interdisciplinar de pesquisa, garantido um eixo epistêmico e uma axiomática comum.

- Protocolo geral de pesquisa:

Estudo dominantemente qualitativo, articulando estudos de caso e abordagens quantitativas.

Secundarização da coleta aleatória de sujeitos, pois a população é estruturalmente heterogênea e tal heterogeneidade explica, em última instância, os perfis sanitários encontrados.

Sucessão de etapas: descritiva da população epidemiológica, identificando tendências; analítica amostral, identificando formas de realização das tendências; e retorno teórico-crítico.

Integração de instrumentos (questionário, entrevista, observação, teste, diário de campo), pois um só instrumento não é capaz de apreender a complexidade de um objeto saturado de história e subjetividade.

- Construção de população significativa.

Construção do perfil de reprodução social: produção e consumo. Na dependência do campo de partida, o outro campo precisa ser resgatado em fase de aprofundamento. Ciências de apoio: Demografia, História, Economia, Sociologia, Política e Antropologia.

Construção do perfil epidemiológico: censo de tendências (proporção, distribuição e formas de expressão de representações) e qualificação (aprofundamento por amostragem e teste clínico, seguido de outro para estudo individual de caso).

- Compreensão crítica da relação entre perfis.

O achado fundamental a ser destacado neste momento de finalização provisória de um esboço de prática de pesquisa é o da retomada crítica de uma proposta de Cooper & Morgan (1973): A investigação epidemiológica não pode mais ocorrer senão em duas etapas necessárias – uma geral, de massa, para *screening* de tendências, mapeando características e possibilidades; outra amostral, para aprofundamento crítico e qualificação. Constitui-se perfil de reprodução social, levantam-se hipóteses e comprovam-se associações lógicas na etapa analítico-quantitativa; constitui-se perfil epidemiológico, testam-se hipóteses e comprovam-se processos de determinação na etapa crítico-qualitativa.

# 3

# POPULAÇÃO, CLASSE SOCIAL E POPULAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

Considerando o corte mais simples do que seja Epidemiologia, isto é, uma equação cujo numerador é qualquer elemento do processo saúde/doença, devidamente qualificado, e cujo denominador é população, devidamente qualificada, impõe-se discutir o que é população e como qualificá-la.

Se população é campo da Demografia, é contracampo da Epidemiologia, e para ambas a aproximação não pode ser genérica, devendo atentar para as mediações e as múltiplas determinações que comparecem no fenômeno, explicando a própria heterogeneidade estrutural. A heterogeneidade populacional e sua determinação histórico-social, ambas presumidas desde os gregos (Platão e Aristóteles já pensavam a questão das classes, o primeiro por função social, o segundo, por renda), encontraram no marxismo o desenvolvimento de vários e ricos instrumentos conceituais: modo de produção, organização social, demanda por trabalho, classe social em si/para si, consciência social.

As teorias sobre população serão rastreadas de modo mais ligeiro, pela leitura de dicionários (Ferreira, 1975; Cunha, 1982; *Dicionário de Sociologia,* 1977; *Encyclopaedia Britannica*, 1979; Bottomore, 1988) e de um manual de Demografia (Santos, Levy & Szmerecsanyi, 1980). Para as teorias sobre classe social, percorreremos as obras clássicas marxianas (Engels, 1988; Marx, 1978, 1982, 1985a, 1985b, 1986, s/d) e importante linha posterior de desenvolvimento teórico que passa por Gurvitch (1982), Poulantzas (1986), Przeworski (1989), Santos (1987) e O'Connor (1977). Passa-se a formular, então, uma categoria mediadora, 'população significativa', e a discutir os elementos necessários para sua construção, incluindo revisão de alguns estudos que busquem operacionalizar a relação morbi-mortalidade/classe social (Pearce et al., 1985; Fox, Goldblatt & Jones, 1985; Zurayk, Halabi & Deeb, 1987; Brisson, Loomis & Pearce, 1987), além de uma discussão mais de fundo sobre o contracampo população para a Epidemiologia, encontrável em Goldberg (1982), Breilh & Granda (1986), Laurell (1987) e Possas (1989). Desta forma, optando-se por área investigativa que privilegia os segmentos populacionais diretamente ligados ao mercado formal de trabalho, incorpora-se o conceito 'categoria profissional' como desenvolvido por Hitomi, Codo & Sampaio (1993a, 1993b).

## TEORIAS SOBRE POPULAÇÃO

A Epidemiologia é uma ciência social e prática, identifica, que quantifica e qualifica o que acha, apoiando-se em algumas ciências, para depois perguntar a outras o significado do que acha. O que a caracteriza é seu campo específico, o do processo saúde/doença, constituído de vários e complexos domínios (processos físicos, físicopsíquicos, psicofísicos, psíquicos), tendo por denominador comum a movediça coleção destes seres de necessidade e imaginação chamados homens.

Portanto, um dos principais esforços da Epidemiologia tem sido estabelecer população humana cuja dinâmica possa explicar os fenômenos que encontra nas investigações empíricas.

O *Novo Dicionário da Língua Portuguesa* (Ferreira, 1975) discrimina três definições de população: política – conjunto de habitantes de um território ou categoria; biológica – comunidade de seres vivos em permanente troca de material genético; estatística – conjunto infinito ou de grande magnitude, cujas propriedades são investigadas por meio de subconjuntos. Os três casos hierarquizam níveis diferentes de generalidade. No primeiro, cruza-se agregação de sujeitos por lugar natural, apontando especificamente para seres humanos, mas sem considerar os específicos humanos (história, sociedade, consciência). No segundo, amplia-se o universo para a experiência da vida e agrega de acordo com patrimônio genético comum. No terceiro, qualquer conjunto de coisas pode ser chamado de população, apontando para a possibilidade de conhecimento apenas aproximativo, por extrapolação, escamoteando o problema de como recortar subconjuntos em tal nível de generalidade.

Cunha (1982) apresenta a etimologia da palavra e a remete ao latim. Designa 'gente' o *populus/populi* que entra em Portugal, entre os séculos XIII e XIV. Designa 'grupo de gente semelhante' o *populatio/populationis* que se fixa em nossa língua já em fins do século XVIII. A etimologia parece indicar apenas o primeiro dos três níveis de generalização registrados por Ferreira (1975).

O *Dicionário de Sociologia* (1977) conceitua população com base nas idéias de conjunto, corte de lugar e de tempo. O conceito se aplica a seres humanos e se define por agregatoriedade. Aponta para o problema da magnitude, dada por vetor resultante das equações natalidade *versus* mortalidade e imigração *versus* emigração, e deste com os meios disponíveis de subsistência. Aponta para o problema da composição interna, heterogênea quanto a atributos naturais (idade, sexo, raça) e sociais (profissão, renda, classe, religião).

O problema das concepções de social e natural foi tratado no Capítulo 2. Aqui devemos ressaltar a questão da aleatoriedade, sempre postulando limite para a cognoscibilidade: algo fora do visto pode mudar o que sabemos. A Epidemiologia tem se mantido prisioneira do natural e do aleatório, enquadrada no paradigma funcional-positivista, naquilo que é visível, segundo a definição da Associação Internacional de Epidemiologia e os manuais mais usados no ensino médico brasileiro (MacMahon, Leavell & Clarck; Lilienfeld & Lilienfeld; Forattini; Mausner & Bahn; Rojas).

Se, para compreendermos população, tomarmos a *Encyclopaedia Britannica* (1979), a noção de sistema (*input*, *output* etc.) é relativizada pela ênfase em pôr o natural

entre aspas, nas mudanças de magnitude e de estrutura, e na história das concepções. De Confúcio a Myrdal, passando por Platão, quantos lutaram para estabelecer um ótimo populacional, buscando cada vez mais modelos estáticos que permitissem equilibrar nascimentos e imigração por um lado, mortes e emigração por outro, recursos e espaço físico por um terceiro? Em todos emergem as preocupações com garantia de mínimo de sujeitos para as guerras, a divisão de trabalho e a constituição de pares conjugais. Simultaneamente, desde os romanos, passando pelas grandes religiões (Judaísmo, Islamismo, Cristianismo), pelo mercantilismo e pela fisiocracia, a história do pronatalismo se constitui. O poder das nações é deduzido do número de seus habitantes. Mercado, exército e excedente de força de trabalho só podem ser garantidos por grande população. O crescimento da população incrementa o investimento agrícola, que incrementa o emprego e a felicidade humana, contanto que a 'natureza' seja deixada em seu curso e as felicidades individuais desconsideradas.

As colocações sobre população geraram violento debate no correr do século XIX, opondo otimistas (Clapham, McCulloch, Ashton-Hayeck), pessimistas de direita (Ricardo, Malthus) e pessimistas de esquerda (Marx, Hammond, Toynbee). Na concepção malthusiana (*An Essay on the Principle of Population...*, 1798), população é uma espécie de bolha assassina, em inescapável, permanente, geométrica expansão, devorando todos os nutrientes do mundo, a implodir finalmente quando estes acabarem.

O fato é que a população crescia por queda da mortalidade geral na Inglaterra da Revolução Industrial. Por que a mortalidade geral caía? Por aumento do consumo alimentar *per capita*? Como, se não havia mecanismos distributivistas eficazes de investimento e de consumo? Por maior regularidade das ofertas, abolindo as fomes periódicas? Mas deixar de morrer de fome não significa deixar de viver desnutrido. Hobsbawn (1981) surpreende o consumo de leite, manteiga e carne caindo em média 40%, e o consumo de pão, farinha e batata subindo em média 50%, pela segunda metade do século XIX, na Inglaterra. O capitalismo permitia a manutenção de sacos vazios em pé, esta era a linha principal de argumentação dos pessimistas de esquerda. Além do mais, as médias podem encobrir péssimas distribuições: desemprego, subemprego, trabalho informal, asilamento de pobres e nomadismo não estavam considerados nas médias. Engels (1988) calcula a população economicamente ativa como sendo um terço da população inglesa, distribuída, por sua vez, em três partes: estavelmente empregada, intermitentemente empregada, completamente desempregada.

O que vemos? O modo de produção e a demanda por trabalho determinando uma heterogeneidade que claramente impede o uso da categoria população, a não ser como totalidade genérica. Cada inserção no processo produtivo levando a possibilidades diferentes de alimentar-se, vestir-se, habitar, sofrer a condição humana, adoecer e morrer. Fatores como sexo, idade, raça, servindo como pretexto, racionalização, para exclusão do mercado de trabalho, e como armadilha ideológica para as explicações.

A lógica econômica, por meio da demanda por trabalho, determina crescimento e distribuição da população: população necessária, população excedente, condições de produção e reprodução compartilhadas diferentemente pelos grupos. Assim, entramos no cerne da visão marxista. Nos *Grundrisse...*, Marx (1985b) trata população como categoria descritiva, referência empírica genérica, concebida como resultado de múltiplas de-

terminações, que, se tomada de modo indiferenciado, torna-se abstração infundada, capaz de lançar qualquer pesquisa no vazio.

No verbete população, Bottomore (1988) apresenta idéias fundamentais do marxismo, principalmente demonstra o pouco interesse dos teóricos posteriores a Marx. Destaca livro de Claude Meillaroux (*Femmes, Greniers et Capitaux*, 1975), no qual as formas pré-capitalistas de sociedade são estudadas, apresentando a continuidade histórica da comunidade doméstica como único sistema econômico-social que lida com a reprodução física dos seres humanos e que se organiza pelo controle das mulheres, "meios vivos de reprodução". Destaca também livro de Coontz (*Populations Theories and the Economic Interpretation*, 1975) que, baseando-se em demógrafos soviéticos, analisa as transformações das funções econômicas da família para comprovar que, no capitalismo, crescimento e distribuição da população são determinados pela demanda por trabalho.

Para Patarra (1980), compete à Demografia o estudo da população humana (tamanho, distribuição territorial, composição), destacando os componentes das variações observáveis, esgotando as explicações no nível das inter-relações internas, perguntando a outras ciências (Economia, Geografia, Política etc.) as explicações externas.

Com clareza, Szmerecsanyi (1980), Singer & Szmerecsanyi (1980) e Szmerecsanyi & Souza (1980) recuperam os desdobramentos mais atuais daquele debate do século XIX. Sobre Marx, destacam contribuições permanentes: a definição de população como algo a ser explicado, não base de explicação, algo que se constitui como abstração enquanto não se falar de relações de produção e das heterogeneidades estruturais inauguradas por elas; a declaração de inexistência de leis universais regendo o crescimento da população, pois cada modo histórico de produção teria sua própria lei de população, lei que só se refere a ele e com ele desaparece; o excedente demográfico não é determinado por natural e inescapável desenvolvimento da população em ritmo maior que o dos meios de produção, mas por ser necessário à preservação de determinado tipo de sistema econômico; o reconhecimento de pelo menos três tipos de superpopulação relativa (exército de reserva) – flutuante (resultante do desemprego conjuntural), latente (resultante do subemprego na agricultura), estagnada (resultante do desemprego tecnológico).

Impõe-se estabelecer população como objeto da Demografia e categoria descritiva, empírica, genérica, para a Epidemiologia. O marxismo propõe classe social como categoria explicativa, referência teórica primeira, como objeto da Economia Política e da Sociologia, instrumentalizando o entendimento das heterogeneidades observadas na população.

## TEORIAS SOBRE CLASSE SOCIAL

O debate atual sobre as classes sociais pode ser formulado do seguinte modo: Há uma teoria madura de classes no que diz respeito a modo de produção, em que ele se expresse de forma também madura e homogênea? Há uma teoria madura de classes no que diz respeito a transições, aos atrasos, às periferias? Como as classes se constituem e se organizam? Há uma teoria de classes que seja capaz de integrar modo de produção, organização social, relação com o poder, produção cultural e

consciência social? Que critérios adotar para delimitar o espaço/lugar de uma(s) e outra(s) visando estudos psicossociais?

As perguntas são muitas e dirigem-se, como desafio, ao conjunto das Ciências Sociais. Aqui estaremos cortando o debate através de algumas opções que possam auxiliar o amadurecimento da questão para os objetivos da Epidemiologia. As tradições marxistas e não marxistas são vastas. Da linhagem que nasce com Marx e Engels, podemos destacar: Lenin, Kautski, Luxemburgo, Gramsci, Trotsky, Lukács, Gurvitch, Poulantzas, Przeworski, Ossowski, Fernando H. Cardoso, Ianni, Theotônio dos Santos.

O primeiro problema se assenta na inconclusa discussão do tema na obra de Marx e Engels. Não chegaram a elaborar uma teoria de classes e uma teoria política como o fizeram com a teoria econômica do capitalismo. Engels (1988), em *Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra em 1844*, publicado originalmente em 1845, revela a heterogeneidade real da categoria "classe trabalhadora", apresentando ramo de produção e tecnologia aplicada como critérios para esclarecê-la. Podemos encontrar no Marx de *Miséria da Filosofia*, de 1847, apontamentos para noção de superação das classes ("classes finais") e para as noções de "classe em si" (pelo lugar em comum na produção) e "classe para si" (lugar na luta política por consciência do lugar econômico). Ao longo dos *Grundrisses...*, de 1857/1858, Marx anota distinções entre produtivos (que produzem mais-valia, os trabalhadores industriais), as classes médias (que vivem da mais-valia e ajudam na realização e na distribuição de excedentes) e improdutivos (domésticas, por exemplo). Em *O Capital*, de 1861/1879, a inconclusividade do Capítulo LII representa um paradigma do estado do debate: ressalvando que as classes nunca aparecem puras, pois estratos intermediários e transitórios apagam fronteiras, o autor aponta três grandes classes – os assalariados (fonte de renda, o salário), os capitalistas (fonte de renda, o lucro) e os proprietários de terra (fonte de renda, renda fundiária).

Mas o principal da construção marxiana da categoria classe social pode ser rastreada em alguns textos mais políticos: *As Lutas de Classes na França (1848/50), O 18 de Brumário de Luis Bonaparte (1850/1852)* e *A Guerra Civil na França (1870/1871)*. Marx avança na concepção de classe, embora não a defina, localiza no modo de produção e na estrutura de poder os eixos classificatórios, aponta o nível analítico como definitivo para a escolha do eixo classificatório (se análise econômica, modo de produção; se análise política, estrutura de poder) e indica método: perceber a contradição fundamental e sua(s) expressão(ões), para os objetivos do estudo.

Em Marx (1978), revela-se a instabilidade, o debater-se de frações de classes imaturas, vinculadas ao poder (aristocracia financeira, burguesia industrial, pequena burguesia, categorias intelectuais ou ideólogos) ou à margem do poder (proletariado, camponeses), expressando-se nos partidos em luta.

No texto seguinte (Marx, 1985a), já aparece uma concepção, embora pouco nítida, de classe. Cada estrutura de classe engendra uma estrutura de poder. A possibilidade de entendê-la passa pela relação com modo de produção, organização social e poder. Proletariado *versus* República Burguesa (aristocracia financeira, burguesia industrial, exército, intelectuais, lumpemproletariado, clero, camponeses) *versus* Classe em Transição (pequena burguesia, classe média). Produção cultural e comunhão econômica/política de interesses em oposição a outros define as classes. Mas se as ligações são apenas lo-

cais e a compreensão não alcança organização política, teremos simplesmente grupos de interesse.

A bipolaridade dominado/dominador, produtor/apropriador, expropriado/expropriador, despossuído/possuidor, explorado/explorador, capital/trabalho ou 'escravidão assalariada' – duas classes constituídas e maduras numa organização constituída e madura, em luta aguda, com expressão armada, é o que surge claro, pleno, em Marx (1986).

Ora, o que temos? A definição de classe social passa por entender os conceitos de modo de produção e de formação social.

Quanto a modo de produção, Poulantzas (1986) designa-o como objeto abstrato formal, sem correspondência com o real, e afirma que ele compreende diversos níveis: o econômico, o político, o ideológico e o teórico, a serem vistos como totalidade complexa, sendo a determinação em última instância do econômico. O nível econômico, por sua vez, seria composto de três elementos que se combinam em relações específicas, de acordo com as particularidades de cada modo de produção:

- o trabalhador – o 'produtor direto', a força de trabalho;
- os meios de produção – o objeto e os meios de trabalho;
- o não-trabalhador – que se apropria do excedente de trabalho, isto é, do produto.

A combinação desses elementos é composta de duas relações: relação de apropriação real, significando relação do trabalhador com os meios de trabalho (processo de trabalho); relação de propriedade, isto é, o não-trabalhador pode intervir como proprietário dos meios de produção e/ou da força de trabalho. A definição das relações de produção está nessa última relação. No caso do modo de produção, ocorre uma homologia das duas relações, porque há separação tanto na relação de propriedade, como na relação de apropriação real.

Formação social é objeto concreto real com existência histórica real, constituindo combinação particular, superposição específica de vários modos de produção 'puros'. Haveria, nesse caso, dominância de um dos modos de produção.

Determinação e dominância são conceitos que se complementam, até coincidem, mas não se aparentam. O fato de um modo de produção ser determinado pela instância econômica não significa que a dominância seja econômica. A instância determinante "regula o deslocamento de dominância devido à descentralização das instâncias". A determinação, em Poulantzas, aparece como movimento infra-estrutural, isto é, da base reguladora de um complexo; ao passo que a dominância é o reflexo dessa base, porém não só o reflexo, mas o próprio instrumento no qual incide o objeto refletido. Assim, se a instância econômica é determinante, necessariamente não tem que ser dominante, podendo se expressar na dominância tanto da instância política, como da ideológica.

A compreensão das classes sociais numa formação social também passa pela compreensão da distinção entre político e política. O político designa a superestrutura do Estado, cuja função se reflete em nível econômico (ordenação da produção), político (regulador do sistema de lutas de classes), ideológico (compreendendo escola, igreja, partido) e jurídico (ordenação do sistema pelas leis). A política refere-se às práticas; é o contexto das lutas de classes; é o lugar possível de existência das classes, na medida em que estas só podem ser concebidas a partir da luta de classes. E nesse último contexto, o poder do Estado passa a ser o alvo, o objetivo, da luta.

Poulantzas não descola as classes sociais da luta de classes. Em suas próprias palavras:

> *As classes não abrangem as instâncias estruturais mas as relações sociais: estas relações sociais consistem em práticas de classe, o que quer dizer que as classes sociais não são concebíveis senão em termos de práticas de classe.* (Poulantzas, 1986)

Além disso, as classes sociais só existem em oposição e o campo da luta de classes se constitui da unidade das práticas em oposição.

Embora as classes sociais só se constituam das práticas de classe, isto é, das lutas de classes, a existência das classes se define como efeito das relações entre as estruturas. Essas relações "definem, em todos os níveis, as relações fundamentais de denominação e subordinação das classes – das práticas de classe – que existem como contradições particulares". Enfim, a existência de uma classe social, numa determinada formação social, dar-se-ia pelo que pode ser chamado de 'efeitos pertinentes' na instância política da estrutura das relações sociais; por sua vez determinadas pelo conjunto das instâncias econômica, política e ideológica.

Duas outras questões são consideradas necessárias por Poulantzas para a compreensão das classes sociais, se o objetivo é o da Economia Política e da Sociologia: conjuntura e poder.

Uma vez que as classes sociais só podem ser concebidas se vinculadas às práticas sociais, a conjuntura deve ser levada em conta por ser a situação concreta da luta política, por permitir decifrar "individualidade histórica do conjunto de uma formação, em suma, a relação da individualidade concreta das estruturas e da configuração concreta da luta de classes". Nesse caso, devendo ser vista não somente na estrutura econômica, como também nas estruturas política e ideológica.

Poder é definido como "a capacidade de uma classe social de realizar os seus interesses objetivos específicos". Os interesses de classe têm determinadas especificidades que se refletem nas práticas econômicas, políticas e ideológicas, porém com a sobredeterminação econômica. Em termos conceituais, poder e classes sociais são aparentados, porque ambos têm como lugar de constituição o campo das práticas sociais.

A tese de Przeworski (1989) em muito se assemelha à de Poulantzas. O primeiro reconhece a contribuição e lembra que Poulantzas retoma Gramsci. Em relação à determinação das lutas de classes, Przeworski sintetiza o pensamento de Poulantzas apontando que há uma dupla determinação:

> *a determinação, pelas relações de produção, da organização de relações ideológicas e políticas e a determinação, pela totalidade dessas relações objetivas, das relações entre os homens e mulheres concretos que são seus portadores, inclusive as relações de lutas de classe. As relações econômicas, ideológicas e políticas como uma totalidade impõem uma estrutura sobre as lutas de classe, mas por sua vez tranformam-se em conseqüência dessas lutas.* (Przeworski, 1989)

A crítica dirigida a Poulantzas tem como alvo o fato de esse autor acabar reduzindo as classes a efeitos, sem investigar a forma como emergem das relações de produção. Além disso, estaria perdida a dimensão da intervenção humana na história das lutas.

Przeworski continua defendendo que as classes se formam no contexto de lutas, que estas se estruturam tendo por base as relações econômicas, políticas e ideológicas, que, por sua vez, moldam as práticas políticas organizativas. Na medida em que a formação de classes é inerente à prática de forças políticas, as classes são organizadas, desorganizadas e reorganizadas em conseqüência de lutas contínuas, a implicar um processo perpétuo de formação, conseqüentemente de transformações qualitativas.

Przeworski resgata a história valendo-se dos próprios sujeitos coletivos. A experiência histórica, se não aponta ou prevê a sociedade de amanhã, pelo menos fornece elementos para a organização das classes sociais, para as próprias lutas. Afirma, como Gramsci, que a história não fornece elementos de previsão, mas permite levantar hipóteses.

Para Gurvitch (1982), o problema do determinismo específico das classes, do seu número variável e do futuro provável só pode ser resolvido conhecendo-se as formas de sociabilidade que nelas se atualizam. As classes podem ser caracterizadas por serem agrupamentos de fato (não impostos ou não voluntários), à distância (não permanentes ou periódicos, ou artificiais), suprafuncionais (não realizam meramente luta para ascender ao poder, permanecer no poder ou recuperar o poder), incompatíveis entre si (pertinência excludente), refratárias à penetração pela sociedade global (não parcial ou inteiramente submetidas), com tendência sempre irrealizada de estruturação intensa (a suprafuncionalidade não permite a organização). O autor defende a coincidência entre classe social e capitalismo (nas economias pré-capitalistas a heterogeneidade social tomava outras formas) e a impossibilidade de definição de classe sem considerar ideologia, obras culturais e consciência.

Depois de criticar Gurvitch, Santos (1987) realiza síntese muito útil. Revendo Marx, afirma que a estrutura de classes que aparece empiricamente na sociedade é muito mais complexa do que as relações essenciais entre as classes; que, para a análise das tendências gerais do modo de produção, a estrutura empírica é indiferente; que a determinação das classes sociais básicas não é tarefa de observação empírica, mas de investigação teórica do modo de produção que as constitui. Para que as classes sociais apareçam como são, como personificação, conteúdo volitivo e ativo de relações descritas abstratamente, é necessário integrar níveis interdependentes de análise:

- Modo de produção – resultado da análise das forças produtivas (nível tecnológico dos meios de produção mais organização da força de trabalho) e das relações de produção. Estas forças e relações assumem modos possíveis, contraditórios, quando a base é a propriedade privada. O conceito de classe social se constitui teoricamente dentro do conceito de luta de classes; esta se relaciona com a superação de uma determinada formação social, o que permite descrever as formas possíveis de consciência (a consciência empírica ou psicológica pode estar mais ou menos próxima delas).
- Estrutura social – a referência agora é a um universo histórico e geograficamente situado, distinguindo-se o nível específico de desenvolvimento. Trabalha-se com dados empíricos para a composição do quadro das relações básicas e de suas dinâmicas. A consciência de classe é especificada.

• Situação social – maior proximidade com a descrição de uma sociedade concreta. É empírica, mas com o conhecimento das determinações que explicam as aparências. Estratificação social, por exemplo, é fenômeno dependente da estrutura de classes. Os indivíduos deixam de ser a personificação de categorias sociais para serem pessoas e podem eles mesmos constituir categorias pelo conjunto de aspectos sociais que neles se entrecruzam.

| PSICOLOGIA DE CLASSE | CONSCIÊNCIA DE CLASSE | IDEOLOGIA |
|---|---|---|
| Formas de pensar e sentir das classes sociais situadas historicamente | Formas genéricas, teoricamente possíveis, referidas a modo de produção | Operacionalização do interesse em metas e meios |

• Conjuntura – guerra *versus* paz, afluência *versus* crise, centro *versus* periferia, tercialização da economia, domínio do consumo etc.

Desta discussão surge um método e uma definição:

Método – estudar as relações objetivas genéricas em nível do modo de produção; estudar o desenvolvimento específico de uma sociedade em relação a outras sociedades do mesmo modo de produção, em relação à organização social anterior da mesma sociedade e em relação a outros modos de produção; estudar a situação empiricamente observável da consciência de classe (discursos, leis, regras morais, opinião pública, movimentos políticos, pertinência a sindicatos e partidos, posição perante a greve etc.); intercombinar os estudos e inserir avaliação de conjuntura e de tendência de desenvolvimento; ter claro o objetivo: filosófico, econômico, sociológico, psicológico, isto é, para que fim estar-se-á revelando aquela estrutura social e sua hierarquia.

Definição – classes sociais são agregados de indivíduos, básicos de uma sociedade, que vivem em contradição no processo produtivo quanto a relações de trabalho e propriedade. A unidade de interesse destes agregados básicos, constituídos em contradição com outros da mesma formação, sobreviventes de anteriores ou embriões de futuros, tendem a uma comunidade de consciência de classe (concepção do mundo e da sociedade, segundo interesse geral, originando ideologia) e de situação social (modos específicos de comportamento, atitudes, valores, interesses imediatos, distribuição de renda, sentimentos e paixões, prática política etc.), considerando conjuntura e desníveis entre aspectos (econômico, social, político, cultural).

Resta ainda um grande problema. Como as classes sociais se expressam depois do monopólio, da tercialização da economia, da existência do Estado como extenso agente econômico direto, da cibernética e da onívora presença dos meios de comunicação de massa? Talvez possamos encontrar respostas na anatomia do capitalismo contemporâneo realizada por O'Connor (1977). Para ele, a economia capitalista, hoje, fraciona-se em quatro grandes setores: competitivo – baixa proporção física capital/trabalho, baixa pro-

dutividade, baixa organização da força de trabalho, mercado local ou regional, salários baixos, produção em pequena escala, crescimento depende da expansão de empregos; monopolista – alta proporção física capital/trabalho, alta produtividade, alta organização da força de trabalho, mercado nacional ou multinacional, salários altos, produção em grande escala, crescimento por crescimento físico do capital e por progresso técnico; estatal direto – com lógica próxima à do setor competitivo, e setor estatal contratado – com lógica próxima à do setor monopolista, mas com baixa produtividade, salários limitados pelo poder de pagamento do Estado, poder de pagamento limitado pelo volume de impostos arrecadados, volume de impostos limitado pela produtividade dos setores competitivo e monopolista.

Esta reordenação de setores recoloca a lógica competitiva e a luta de classes. Politicamente é possível perceber a aliança trabalhador/empregador por setor, contra a mesma aliança nos outros setores. Economicamente, o crescimento do setor monopolista resulta em crescimento da capacidade excedente e crescimento do desemprego tecnológico, donde parte dos desempregados se invisibiliza no mercado informal de trabalho, parte é absorvida no setor competitivo, parte é absorvida nos setores estatais que se obrigam a criar empregos (por pressão social, não por dinâmica econômica própria), parte cai no 'consumo social' (frentes de trabalho, subsídios como vale-transporte e vale-leite, seguros sociais do tipo desemprego, licenças-saúde, aposentadorias etc.) e parte cai no desemprego pura e simplesmente. Todavia, o crescimento do setor monopolista também liquida capitalistas no setor competitivo, o que reduz o poder deste de receber excedentes de outro. Disto resulta inflação dos setores estatais, um capitalismo Estado-dependente, com população Estado-dependente, crivada pelo conflito entre ser servidor do Estado, cliente do Estado e cidadão, além de colocar o Estado em permanente crise fiscal.

Classe social é categoria teórica primeira que explica a heterogeneidade estrutural da população humana e seus vários modos de gozar a vida, sofrer a vida, adoecer e morrer. Impõe-se a necessidade de uma teoria que dê conta da movediça dinâmica das classes articulando instâncias de determinação (econômica, política, ideológica etc.), instâncias de dominância (econômica, política, ideológica etc.), relações entre instâncias (coincidente, não coincidente), contradição fundamental ocorrente naquela situação concreta e objetivo da investigação (se objetivo psicossocial, o eixo analítico pode ser a estrutura de poder ou a consciência social). Quantas classes são possíveis? Em relação à propriedade (de meio de produção, de força de trabalho), à mais-valia (produção de mais-valia, consumo de mais-valia e distribuição de excedentes, não-produção de mais-valia e não-distribuição de excedentes), à fonte de renda (salário, lucro, renda fundiária), ao tipo de competição (simples, oligopólio, monopólio, estatal direto, estatal indireto), ao ramo de produção, à idade tecnológica aplicada, à vinculação com o poder (vinculado, à margem nascente, à margem em queda), à extensão da vinculação com o poder (local, regional, nacional), ao grau de organização (organizado, em transição, desorganizado), à ideologia, aos produtos culturais. Quantas classes? De que modo classe se expressa no cotidiano dos agentes de produção para fins de um determinado estudo? Como conceituar classe a meio caminho entre o genérico e o empírico, o abstrato e o concreto, capaz de articular níveis analíticos e saberes? É necessário realizar algumas opções.

## A EQUAÇÃO PRODUÇÃO/CONSUMO/DISTRIBUIÇÃO

Se adotarmos a conceituação proposta no final do subcapítulo anterior e as operacionalizações metodológicas derivadas de Santos (1987), impõe-se aqui refazer os vínculos entre produção, distribuição e consumo, para que seja possível escolher, em relação ao nível analítico, a tática de abordagem do objeto.

Refazer estes vínculos é adotar a sistematização colocada por Marx (1982). Com o estilo que reflete a lógica dialética que desenvolve, Marx vai construindo os conceitos segundo o modo como aparecem na economia da época:

A produção constitui o momento em que os membros da sociedade se apropriam dos produtos da natureza para refazê-los segundo suas necessidades. Distribuição é o momento em que, de acordo com organização social concreta, estabelece-se a proporção dos produtos que caberá ao indivíduo, desdobrando aqui a troca, o fornecimento dos produtos particulares em que o indivíduo queira converter a quantia cabida na distribuição. Consumo é o momento em que os produtos se convertem em objetos de apropriação individual.

Porém, na produção, a pessoa objetiva-se (torna-se coisa); a distribuição estabelece a mediação social entre produção e consumo; a troca constitui a realização individual fortuita da mediação social; no consumo, a coisa subjetiva-se (torna-se sujeito).

A produção cria objetos que correspondem às necessidades; na distribuição os objetos são repartidos segundo leis sociais concretas; na troca ocorre a repartição do já distribuído segundo necessidade individual e no consumo o produto desaparece do movimento social e se converte em uso individual.

Mas produção é também consumo, de força de trabalho, de meios de produção, de matéria-prima. Consumo também é produção de força de trabalho e de necessidades. Cada qual é imediatamente seu contrário, cada qual mediatiza e cria o outro. Mas tal holismo é hierarquizado – consumo é momento interno da atividade produtiva e produção é o momento preponderante que detona todo o processo.

Portanto, tomando a relação entre produção e consumo como de superposição imediata, de intermediação e de intercriação, dialeticamente podemos acrescentar que a relação também incorpora contradição e antagonismo, principalmente quando ocorre a produção coletiva e apropriação privada, além de necessidade descolada do poder de consumo (necessidade mediada pelo salário).

A distribuição aparece como distribuição dos produtos, mas ela é, primeiro, distribuição dos instrumentos de produção e distribuição dos membros da sociedade pelos diferentes tipos de produção. O modo como opera está em íntima relação com as leis de cada organização social concreta. Convém ressaltar que a complexidade da relação produção/consumo é maior com a triangulação produção/distribuição/consumo.

Conhecendo as leis sociais concretas que regulam a distribuição e acatando a relação entre os três termos como de interdeterminação, de complementaridade e de contradição, em certos momentos históricos podendo se apresentar como independentes, até estranhos entre si, recortar o espaço social a ser investigado por um dos termos polares leva obrigatoriamente ao outro. Mas esta relação não é linear e envolve a possibilidade de independência antagônica, o que obriga a qualificar, em aprofundamento, o termo da

equação pelo qual não se contatou o grupo. Se escolhemos o campo da produção para corte da realidade social investigada, há que se desdobrar consumo, e vice-versa.

## POPULAÇÃO PARA A EPIDEMIOLOGIA

Onde o debate sobre população, classes sociais e relação entre produção e consumo nos deixa?

População – conceito empírico, genérico, que designa o conjunto de seres humanos, e que constitui categoria eixo para a Demografia. Classe social – conceito teórico, genérico, que designa grupo de seres humanos que compartilha condições similares de produção das condições de existência, experimenta materialmente estas condições e potencialmente pode experimentá-las na práxis da luta política como consciência, e que constitui categoria-eixo para Economia Política e Sociologia.

Então falta algo, algo mais próximo dos sujeitos, dos objetivos e do objeto de uma ciência prática. Falta um conceito que mediatize os dois anteriores e possa se constituir em categoria para esta ciência: População significativa – conceito mediador, teórico enquanto capaz de indicar expressão concreta de classe no cotidiano dos grupos e empírico enquanto capaz de circunscrever o grupo segundo o objetivo da pesquisa e o objeto específico a ser construído/investigado. Se o objetivo é epidemiológico, isto é, se o objetivo é compreender o processo saúde/doença e a distribuição dos modos humanos de viver, desgastar-se, sofrer, adoecer e morrer, então poderemos significar uma população a ser designada por população epidemiológica.

Considerando o processo saúde/doença, especificamente o processo saúde/doença mental, em sua totalidade tríplice e contraditória (bio-psico-social), o corte populacional que verdadeiramente possa significar os achados empíricos exige uma concretude mais próxima do indivíduo, capaz de articular as experiências econômica, política e cultural de classe. A unidade epidemiológica de investigação deve representar a unidade conformadora de identidade social naquele momento histórico, naquele lugar geopolítico.

Laurell (1987) está empenhada na construção de uma área de saber denominada Trabalho e Saúde. Sua pergunta fundamental é como trabalho determina a realidade sanitária vivida pelos trabalhadores inseridos formal e sistematicamente na produção. Pelo lugar determinante que produção ocupa sobre distribuição e consumo, a autora busca ali o lugar da determinação de todos os fenômenos de supra-estrutura. A investigação resulta proveitosa e rica porque abdicou de construir perfil da totalidade de habitantes de um território, restringindo-se àqueles adultos, empregados no mercado formal de trabalho, com profissão e função sistematicamente definidas. Mas pressupõe que o encontrado entre trabalhadores concretos indicaria o que se passa com seus sujeitos-satélite. Já sabemos que o estatuto do pai, por exemplo, não é mais o teto para os outros membros da família (não mais família do trabalhador, porém família trabalhadora); que a organização social básica de um trabalhador pode permitir-lhe consumo diferente a despeito de mesmo volume absoluto de renda; que a própria renda é incluída em referenciais simbólicos diferentes, incorporando muitas possibilidades de significação; também sabemos que o impacto indireto da produção, via renda paterna, sobre o corpo das crianças, não gera uma realidade imutável que acompanhe este novo sujeito pela vida afora.

A autora acrescenta que nenhum sujeito humano é página em branco na qual as condições de vida inscrevem sua história. O sujeito é ativo e imagina, significando a experiência até em contradição com o lugar material ocupado, não sendo possível, portanto, qualificar o que se passa sem o mapeamento das condições materiais associado ao mapeamento das representações dos sujeitos sobre estas condições. É o trabalhador como informante e como sócio na produção de conhecimento.

O conceito desenvolvido é o de 'desgaste', promovido pela inserção em determinado lugar do processo produtivo: divisão de trabalho, hierarquia, salário, matéria-prima, produto, gesto, tarefa, ritmo, jornada, turno, isto é, os elementos integrados do trabalho visto como complexo, em totalidade duplamente contraditória (trabalho abstrato versus trabalho concreto, produção de valor de uso versus produção de valor de troca, técnica *versus* exploração).

O conceito desenvolvido por Breilh & Granda (1986) para o lugar explicativo, o lugar da determinação, é o de "perfil reprodutivo social de classe". Os autores não consideram necessário abdicar dos levantamentos epidemiológicos territoriais e, dentro do território, ordenam os sujeitos em grupos de perfil reprodutivo homogêneo, garantindo esta homogeneidade pela estrutura de bens (valores de uso), funções e recursos orgânicos de imunodefesa (microclima), inserção em naturezas de trabalho e regime de propriedade, acesso a consumo simples e ampliado, pertinência social (organização política). No rol das dimensões a serem estabelecidas consta posição na produção, posição da geração paterna na produção, ramo de atividade, continuidade no trabalho, quantidade de renda, sistema de crédito e financiamento, uso da terra para a produção, mobilidade tanto horizontal, como vertical, escolaridade e estrutura familiar, qualidade da habitação, abastecimento e eliminação, acesso a assistência médica e tipo de assistência médica.

Aqui não temos população tomada em generalidade, mas classe é abstração, só existindo mediatizada. E dependendo do objetivo do estudo, a expressão concreta de classe pode ser dada desde lugar macroestrutural no modo de produção, passando pela agregação de atividades similares, até partido político. Breilh & Granda não concebem a possibilidade de separar produção de consumo por entenderem que, se consumo é determinado pelos processos produtivos, "no caso do comportamento especial da reprodução social de classe, o consumo cumpre função determinante na formação do perfil saúde/doença dos grupos sociais".

Possas (1989) discute a sobre-heterogeneidade da organização socioeconômica brasileira: além daquela oferecida pelo capitalismo, temos que conviver com a falta de homogeneidade do próprio modo de produção, pois, derivado, retardatário, dependente, mixa idades históricas do modo de produção, mixa atraso e modernidade numa realidade específica. A autora percebe que as dicotomias estruturais não se traduzem em dicotomias de perfil epidemiológico, e sim em novo perfil.

Temos realidade nova. A sobre-heterogeneidade é base constitutiva do caráter específico do desenvolvimento capitalista nas formações sociais latino-americanas, não defeito, disfunção prejudicial, como a autora sugere.

A questão da relação entre categoria profissional e classe social é recolocada: a aproximação é aceitável e congruente, mas a validade dos critérios ocupacionais não pode ser admitida apenas por aceitabilidade e congruência, pois as categorias profissionais oferecem categorias de medição mais adequadas à análise epidemiológico-social do que classe social tomada em sua generalidade.

Mas a autora, pressionada pela sobrecomplexa e movediça realidade brasileira, acaba por realizar um recuo perante Laurell (1987) e Breilh (1987, 1988) na caracterização do contracampo da Epidemiologia. Pela pouca nitidez das classes, é como se deixassem de ser o lugar da determinação, deste modo troca de perspectiva e faz com que o "perfil epidemiológico deixe de ser conceituado como de 'classe' para se transformar em perfil epidemiológico 'de população'". Se classe é complexa, deixemos classe de lado: ora, isto não é rima, nem solução.

O esforço de levar a vida integra diretamente o desgaste na produção (as maneiras de o sujeito se consumir ao produzir) e as possibilidades de consumo (as qualidades de existência fora do trabalho que a remuneração permite e a história individual significa). A classificação pelo mundo do consumo tende para dificuldades de toda ordem, principalmente tende para a miríade, se formos considerar, positivamente, cada diferença como significativa. A mesma coisa pode ser afirmada para a classificação pelo mundo da produção. Há que se aceitar a dificuldade, a relação dialética entre os dois mundos e começar por algum lugar, qualificando o outro em seguida. Não há caminho real para a Epidemiologia, mas cada caminho está obrigado ao rigor, à crítica, à exposição de seus procedimentos, para se constituir em afazer científico.

## O PROBLEMA DA CATEGORIA PROFISSIONAL

Como classe social comparece no cotidiano das pessoas, permitindo este ou aquele perfil de produção e de consumo, compondo unidade de organização social da identidade? É em cada ramo da produção que o trabalhador realiza a experiência de classe social. A classe social se realiza em determinado ramo de produção e dentro de uma determinada unidade capital/trabalho, a empresa. Portanto, a categoria analítica que se destaca como população significativa para a Epidemiologia, quando em relação com adultos inseridos sistematicamente em um tipo de prática profissional formal, é categoria profissional – força de trabalho em realização, com intensidade diretamente proporcional à integração no processo de trabalho, integração esta diretamente proporcionadora das condições específicas de existência. Categoria profissional apresenta grande dinâmica: muda a cada mudança de desenvolvimento da força de trabalho, das relações de produção e por decorrência das revoluções das forças produtivas.

Aquele indivíduo fragmentado de quem Marx nos fala em *O Capital*, porta-voz da dor de uma função produtiva de especialização, é aquele mesmo que se torna incompreensível se separado das relações sociais. Se separados, tanto o homem como as relações sociais quedam-se incompreensíveis.

A Economia tem o dever e o poder de constituir, no seu campo, uma teoria das formas históricas da individualidade: formas das necessidades, das atividades produtivas, do consumo no âmbito da determinação social; formas de individualidade implicadas,

transpassadas pelas relações sociais. Por exemplo, o banqueiro, o profissional liberal, o operário, o posseiro rural, o industrial etc. (Séve, 1979).

Temos em Séve (1979) proposta a categoria profissional como individualidade enquanto categoria econômica. Esta teoria das formas gerais, históricas, da individualidade, base para estudos demográficos, epidemiológicos, psicossociais, não deve ser confundida com uma teoria do indivíduo concreto, a ser construída pela Psicologia. A sociedade não se compõe de indivíduos, ela é expressão das relações e condições nas quais os indivíduos se encontram uns perante os outros. O homem só se individualiza através do processo histórico.

Rastrear alguns exercícios práticos de operacionalização da categoria 'categoria profissional' em Epidemiologia pode revelar problemas e impasses gerados por usos não dialéticos.

Considerando população de homens de 15 a 64 anos, Pearce et al. (1985) padronizam idade pelo método direto, categorizam base étnica (maori, não maori, europeu) e social (por grupo de ocupação, critério da Organização Internacional do Trabalho – OIT), e distribuem mortalidade por grupo de causa (critério da Organização Mundial da Saúde – OMS, CID 8). Os autores acatam as classificações preexistentes e não discutem suas lógicas; acolhem o Qui-Quadrado para testar significância, sem sequer explicitá-lo, apresentando direto o resultado da análise de associações dois a dois.

Tomando europeus da Nova Zelândia (NZ) como geneticamente idênticos aos da Inglaterra (UK), os autores admiram-se da diferença estatística encontrada: UK – relação linear classe/mortalidade; NZ – relação não linear. Perguntam-se então por quê. Talvez ocupação não seja o melhor indicador de classe social na NZ, ou o modelo de associação por pares não seja bom. Talvez, para indicar classe social, seja necessário criar síntese de variáveis articuladas: ocupação (discriminando *in doors/out doors*), economia (destacando corte agrário/industrial), mobilidade social, densidade populacional, clima.

Embora não proponham saídas, os autores apontam a impossibilidade de generalização dos procedimentos metodológicos para qualquer realidade social, bem como a impossibilidade de tomar categoria profissional pela ocupação e classe social pela categoria profissional, os termos entendidos formalmente.

Zurayk, Halabi & Deeb (1987) partem do consenso sobre a evidência da relação entre classe e morbi-mortalidade e constroem amostra randomizada de população urbana residente (família = unidade censitária), excluindo os menores de 15 anos, para avaliarem vantagens e desvantagens de quatro indicadores de classe social, no caso de estudo epidemiológico em países com grandes desigualdades sociais. Os resultados podem ser assim enquadrados:

| INDICADOR | OPERACIONALIDADE | SENSIBILIDADE | CONSISTÊNCIA |
|---|---|---|---|
| EDUCAÇÃO | *fácil de colher<br>*compõe grandes grupos – vantagem estatística<br>*passagem linear e bem marcada de níveis<br>*fácil de colher | *fortemente discriminativo | *garante a de *status* social – o nível do chefe é o teto da família |
| RENDA | *varia no tempo<br>* passar de nível pouco significa | *pouco discriminativo | *baixa<br>*tende para a miríade |
| RESIDÊNCIA | *falta de rigor na fronteira de bairros | *pouco discriminativo | *baixa |
| OCUPAÇÃO | *ocupação é socialmente heterogênea<br>*o item informal é grande<br>*empresa marca mais que ocupação<br>*é muito grande o item 'do lar' | *pouco discriminativo | *baixa<br>*tende para a miríade |

Os autores criticam o uso isolado dos indicadores, a compreensão reducionista das associações e os testes dois a dois.

Também Fox, Goldblatt & Jones (1985) assumem como evidente a relação padrões de morbi-mortalidade/padrões sociais e apresentam um estudo retrospectivo, com dois cortes de qüinqüênio, uma década entre um e outro. A mortalidade é tomada pelo Registro Nacional Inglês e agrupada segundo grupo de causa (critério OMS – CID 9), tomam idade de cinco em cinco anos a partir de 14 e estabelecem nove classes de ocupação: descrição inadequada + militar + desempregado + seis classe, segundo critério OIT. Aplicam os indicadores, sem discutir suas construções.

Os autores questionam os resultados: ocupação é fator causal ou existe um fator causal que leva à ocupação e ao padrão de mortalidade? Respondem com um sim para as duas possibilidades, tendo o tempo a diferenciar o padrão de determinação – condição inicial de vida > padrão de comportamento > padrão de mortalidade. O padrão de comportamento se fixaria em um determinado momento da vida individual, daí em diante não mudando, embora possam mudar condições de vida, estatuto social e ocupação. Os autores apontam o impacto direto da ocupação sobre o trabalhador e indireto sobre os filhos do trabalhador, supondo o impacto indireto como causador e o direto como, no máximo, desencadeante. Outrossim, destacam que, nos jovens, doenças como as mentais imediatamente impactam sobre a mobilidade social, mas não sobre a mortalidade.

Nos estudos epidemiológicos de saúde ocupacional, Brisson, Loomis & Pearce (1987) questionam como separar fatores ligados ao estilo de vida (fatores sociais) dos fatores ocupacionais propriamente ditos. Sugerem padronização de CLASSE SOCIAL. Mas

como indicar ocupação por classe se se indica classe por ocupação? Como separar a categoria teórica de análise da categoria empírica?

Modelo: constituir várias classes sociais e dentro de cada constituir grupo de estudo (GE) e grupo comparação (GC). O GC pode ser outro grupo ocupacional sem os fatores de risco já associados ao problema investigado, ou podem ser as esposas dos trabalhadores as quais não se ocupem do mesmo que seus maridos. Mas: Categoria profissional é segmento de classe? Os fatores sociais apresentam o mesmo efeito sobre homens e mulheres? Fatores sociais apresentam o mesmo efeito sobre todos os grupos sociais de uma mesma classe social? O que garante que o outro grupo profissional está isento do fator de risco ligado ao problema em estudo? Supondo que o efeito é dado por somatória: incidência em razão do fator ocupacional (IO) + incidência em razão do fator social (IS) + incidência em razão de fator desconhecido (ID), o ideal seria que, em GC, o IO fosse igual a zero. Ora, não é possível garantir um IO = 0, nem que os fatores sociais tenham o mesmo efeito sobre todas as ocupações de uma classe, nem que o efeito do grupo de fatores seja aditivo. Os autores, na verdade, devolvem o impasse.

A crítica que podemos perceber embrionária, insegura, formalista, nestes autores apresentados, já tem um desdobramento de fundo que pode ser rastreado em Porte (1973); Naville (1973); Goldberg (1982); Barros (1983, 1986) e Lombardi et al. (1988).

No *Tratado de Sociologia do Trabalho*, Porte (1973) questiona o conceito de categoria profissional, definindo-a como empírica, isto é, razoavelmente descolada de teorias específicas, e imperfeita. Porém, considera que a maior imperfeição estaria no uso genérico, pois querer uma única classificação para todos os usos investigativos é, na verdade, querer uma classificação muito imperfeita para cada um dos usos. Igualmente, analisando as classificações francesas, lembra que elas articulam profissão individual, *status* de propriedade e ramo de produção da empresa. Por último, lembra que uma classificação existe porque existe um princípio, no caso o de que a inscrição em diferentes lugares socioprofissionais explicaria as diferenças de comportamento entre os grupos e as semelhanças intragrupos.

No mesmo livro, Naville (1973) estuda as classificações francesa e soviética para lembrar que a categoria profissional realiza relações diferentes com a situação de emprego (ativa empregada, ativa desempregada e não ativa), com a produção de valor (produtiva, não produtiva) e com o *status* de propriedade (autônomo, assalariado, proprietário). Os dois textos citados parecem concluir pela impossibilidade de uma Sociologia do Trabalho e sim por trabalho estudado pela Sociologia, como poderia haver um trabalho estudado pela Psicologia e não uma Psicologia do Trabalho.

Goldberg (1982) pergunta-se sobre o que seja um fator socioeconômico ou uma diferença social? Haveria possibilidade de critério único definidor? Vejamos suas respostas:

• SEXO e IDADE – determinam e são determinados por diferenciação socioeconômica. Mulheres tiram mais licença-saúde: isto pode ser explicado pelo efeito 'sexo' ou pelo efeito 'categoria social'? Quando é que se começa a ser idoso? O que estabelece o critério de corte?

• CATEGORIA PROFISSIONAL – dá conta do aparelho produtivo e permite distinções: assalariado/não assalariado, empregado/desempregado/inativo, e a hierarquia social. En-

tretanto, toma-se algo homogêneo quando se toma 'inativo', por exemplo? São crianças? aposentados? nunca trabalharam? Quais os principais problemas do uso de 'categoria profissional' como indicador de classe social?: A categoria profissional não é homogênea – as empresas apresentam lógicas produtivas e salariais, culturas e idades tecnológicas diversas; vejamos o significado dado pelo sindicato, pelo empresário, pela sociedade, pela própria força de trabalho. Um mesmo sujeito pode passar por inúmeras profissões.

As preocupações de Goldberg são profundas, mas não resolvem o problema, pois categoria profissional está sendo tomada em abstrato. É necessário romper com a compreensão de categoria profissional como segmento de classe e como homogênea segundo a função produtiva individual. Se a empresa concretiza o ramo de produção, com forma de gerenciamento e organização da divisão de trabalho, então é entender categoria profissional somente se realizando na empresa, estudar o ramo de produção e definir a(s) empresa(s) paradigmática(s), qualificando-a(s) em estudo de caso. Se o modo de produção retardatário se caracteriza pela heterogeneidade, teremos, na realidade, vários ramos de produção por idade tecnológica de um mesmo ramo formalmente tomado. Se a terciaIização se estendeu e há controle monopolista sobre amplo sistema de comunicação de massa, os elementos ideológicos podem ser dominantes, adquirindo prioridade no corte configurador de ramos de produção/empresa.

Barros (1983, 1986), desdobrando conceitos de Paul Singer em *Dominação e Desigualdade/Estrutura de Classes e Repartição de Renda no Brasil*, de 1981, pensa ser possível operacionalizar classe social para fins de investigação epidemiológica. Aglutinando escala de renda (poder de consumo), ocupação (profissão individual) e posição na ocupação (assalariado, autônomo, empregador), a autora arrola as seguintes classes, denominadas por ela de frações de classe: subproletariado (autônomos sem negócio, do lar, doentes, domésticos, peões de construção civil etc.), proletariado (escriturários, bancários, trabalhadores de serviços, vendedores, operários etc.), burguesia gerencial (gerentes, supervisores, técnicos de nível superior etc.), pequena burguesia (empregadores de pequena e média empresas) e burguesia empresarial (empregadores de grandes empresas). A autora conclui pela fértil relação entre ocupação e classe social, não como fragmento, mas como expressão, caso o critério venha integrado à questão da propriedade e do ramo de produção. Principalmente conclui que o desenvolvimento desta linha de pesquisa permite superar a prática de discriminar grupos sociais arbitrariamente, sem respaldo na realidade histórica.

Em Lombardi et al. (1988), as propostas de Barros (1983, 1986) são retomadas criticamente. O trabalho é denso, questiona as classificações sociais possíveis na realidade brasileira do período e articula quatro dimensões de análise (lugar em sistema de produção concreto, relação com os meios de produção, papel na organização social do trabalho, escala de renda). Mantendo obediência a determinada lógica da Epidemiologia clássica, montam cada dimensão por meio da articulação de variáveis – 11 ao todo (para a terceira, por exemplo: escolaridade, conhecimento do ofício, qualificação profissional prévia), e cada variável mediante a articulação de indicadores (por exemplo, para a variável 'tipo de atividade' da primeira dimensão: nome da ocupação e tarefas principais). Deste modo, por intermédio do exercício profissional, da posição de propriedade e da

idade histórica do ramo de produção, montam seis grandes classes: subproletariado, proletariado típico, proletariado não típico, pequena burguesia tradicional, nova pequena burguesia, burguesia.

Em Barros e em Lombardi et al., ocorre sério esforço de operacionalizar classe social para fins epidemiológicos, no entanto, o esforço nos deixa em nível ainda abstrato. Os homens vão batalhando a vida, saindo, chegando ou permanecendo em determinados lugares sociais, observando o mundo tomando por base este lugar, recolhendo significações dos fragmentos de lógica que entram em contato, submetidos à ideologização da responsabilidade individual, achatando a memória pela naturalização do histórico. É em cada lugar concreto que experimentam condições materiais e significações, valores e contravalores. Com os pedaços possíveis ali, reconstruídos pela atividade, os homens elaboram a identidade social e pessoal, com maior ou menor grau de consistência, maior ou menor grau de coerência, maior ou menor grau de capacidade antecipadora. A dialética concreto *versus* abstrato e a particular *versus* geral não estão contempladas na concepção de categoria profissional como parte de classe. Categoria profissional transpassa classe e classe transpassa categoria profissional: uma contém, expressa e mediatiza a outra. Categoria profissional precisa da empresa, lugar onde o enfrentamento capital/trabalho acontece no cotidiano, para se mediatizar.

## CONCLUSÃO

Os estudos com cortes naturais (idade, sexo, raça, geografia) ou aleatórios (sorteio) permitem avaliar distribuições, magnitudes e definir hipóteses. Os estudos com corte por população significativa permitem estabelecer nexos de produção, série e hierarquia das determinações. O perfil de produção permite visualizar o perfil de consumo e vice-versa, pois se interdeterminam, embora possam se contradizer e até se antagonizar. O perfil de reprodução social, por qualquer dos pólos de abordagem (produção ou consumo), permite compreender os padrões de desgaste e repouso, a intensidade de exposição a benefícios e riscos, a natureza destes benefícios e riscos, e explica o perfil epidemiológico, categoria que ''expressa as contradições, a produção e a distribuição dos eventos referentes ao processo saúde/doença'' (Breilh & Granda, 1986).

A Epidemiologia é uma disciplina a ser integrada em esforço interdisciplinar. Corta um objeto e um nível analítico que conjuga fenômenos sanitários resultantes de um jeito de levar a vida, de gozá-la e sofrê-la na plenitude das possibilidades humanas em determinada situação socioeconômica singular. Este jeito de levar a vida pode ser abordado de vários caminhos: tomando a unidade real dos fenômenos e a múltipla determinação, qualquer caminho leva a outro, em aprofundamento, principalmente se forem dadas garantias de que o pesquisador não está à procura só de regularidades.

Sumarizando:

Para uma categoria profissional concretizada, deve-se caracterizar o perfil de produção da população em estudo e aprofundar a qualificação, amostralmente, com indicativos do perfil de consumo. Para isto, podemos desenvolver a categoria 'categoria profissional', expressão concreta de classe, lugar de realização da identidade social.

Para a categoria de consumo concretizada, deve-se caracterizar o perfil de consumo da população em estudo e aprofundar a qualificação, amostralmente, com indicativos do perfil de produção. Aqui os teóricos precisam construir a categoria que possa dar conta da complexidade do fenômeno consumo na sociedade de massas, tercializada, monopolista, sob a égide da alienação.

Para o estudo da produção e distribuição dos fenômenos sanitários, tidos em sua totalidade triplicemente contraditória (bio-psico-social), se considerarmos a população economicamente ativa, empregada de modo formal, o que representa no Brasil aproximadamente 25 milhões de pessoas, a população epidemiológica deve ser categoria profissional concretizada por empresa, qualificada quanto a ramo de produção (indústria têxtil, indústria sucro-alcooleira, banco etc.), tipo de competição (simples, monopolista, oligopolista), regime de propriedade (privada, cooperativa, estatal), escala de grandeza (pequena, média, grande), lugar no processo específico de produção (apoio, fim) e função individual (mecânicos, secretárias, caixas etc.).

A principal contribuição deste capítulo centra-se na constituição da categoria 'população significativa', explicativa, teórica, enquanto capaz de indicar expressão concreta de classe no cotidiano dos grupos, e descritiva, empírica, enquanto capaz de circunscrever o grupo segundo o objetivo da pesquisa e o objeto específico a ser construído/investigado.

# 4

# O PROCESSO SAÚDE/DOENÇA MENTAL

O levantamento histórico efetuado no Capítulo 1 evidenciou que o conjunto de conceitos prévios, táticas de abordagem e procedimentos interpretativos que a Epidemiologia vem operacionalizando para o domínio psiquiátrico é frágil e teoricamente equivocado. No Capítulo 2, o objetivo foi buscar no estoque de concepções e práticas da ciência aquelas mais adequadas ao estudo de objeto percebido como fugidio, tão radicalmente entranhado/transpassado de transcendências, significados, valores. É um capítulo que finda com o delineamento de um modelo, operacionalizável, se estabelecida a natureza do campo de referência próprio da Epidemiologia (população significativa), realizado no Capítulo 3, e do objeto perseguido (processo saúde/doença mental).

O objetivo do presente capítulo é tentar aproximações sucessivas com o processo saúde/doença mental, distinguindo seus elementos. Isto é, se pensarmos uma Epidemiologia dos processos psíquicos teríamos que dar conta de magnitudes, distribuições, modos de expressão e determinações de uma Epidemiologia da personalidade, de uma Epidemiologia do sofrimento psíquico e de uma Epidemiologia da doença mental – há que elaborar uma taxonomia dos modos de expressão da consciência prática. Saúde, sofrimento e doença são complexas formas de expressão da personalidade, por sua vez distinguíveis em inúmeros fenômenos histórico-individuais, em que alienação e ideologia representam mediações genéricas do processo de determinação, ambas carecendo de uma intermediação aqui proposta e que redimensiona, principalmente, o conceito de ideologia: modos de reapropriação.

Pretendemos esclarecer a natureza do objeto processo saúde/doença mental, através das seguintes operações: definir o processo saúde/doença, seguindo Foucault (1980) e Canguilhem (1982); refletir sobre a produção da consciência e de suas possibilidades de objetivação, seguindo Vygotsky (1984) e Leontiev (1978); refletir sobre o fenômeno personalidade, sua expressão como processo coletivo e sua relação com ideologia, seguindo Leontiev (1978); apropriar-se do que a teoria marxiana/marxista da alienação pode fornecer, seguindo Schaff (1979), e da ideologia, seguindo Althusser (1983) e Goldmann (1972); ensaiar várias distinções necessárias – consciência, personalidade, sofrimento psíquico, alienação, doença mental; surpreender as expressões da atividade produtiva na Clínica.

O presente capítulo lida com o núcleo duro do problema. Imantam a construção do texto abismo e fascínio, medo e atração por dois destinos possíveis: o de Ícaro, que

pagou com a vida a ousadia de se aproximar do sol; o de Dédalo, que sobreviveu, pela prudência de sequer tocar o sol.

## LOUCURA

Loucura, esta obscura palavra, o que designa? Bruxos, gênios, extravagantes, ateus nas teocracias, religiosos em sociedades laicas, opositores políticos, contemplativos, recusadores de todo gênero... quantos habitaram e habitam o obscuro desta palavra?

Se o rapaz pobre desdenha sedução de moça rica – loucura. Se o habilidoso artesão de miniaturas em marfim não põe em mercado sua habilidade – loucura. Se o explorado não aceita ser 'salvo' por uma elite populista – loucura. A loucura tem quase o tamanho do universo. O que não é loucura? Parece ser a estreita frestra da imagem idealizada que uma sociedade tem de si mesma, o que, havendo divisão de classe, corresponde ao particular dos dominantes imposto sobre todos nós.

Receita: tomar a conduta que realize freqüência, habitualidade e utilidade segundo interesse capaz de se constituir como poder. Elegê-la como tipo ideal. Criar lei e polícia da lei. Vestir tudo nesta camisa-de-força. Estigmatizar o que não puder suportá-la. Loucura – o que não se ajusta, o que escapa por cima ou por baixo, o que implode ou explode, restos cortados por exceder o tamanho da cama de Procusto, tendões estirados a ferro e fogo para completá-la.

Consultemos um dicionário etimológico (Cunha, 1982): Loucura – étimo obscuro, de origem polêmica. Doidice – étimo obscuro, de origem polêmica. Maluquice – étimo obscuro, de origem polêmica. Pirado – deverbal de pirar, escapar, esgueirar-se, escapulir. Gira – deverbal de girar, rotar, volteiar, circunlóquio. Demente – sem inteligência, sem espírito, sem alma. Alienado – aquele que transfere para outrem o domínio de si.

O ciclo está completo: aquele que escapa, se esgueira, escapole, precisa ser dominado. Exceto uns poucos – todos loucos.

Loucura está aí, neste mundo indomado. Designa o que não é razão triunfante. É categoria sociológica e antropológica, não psicológica (embora tenha aí representação), muito menos psicopatológica (embora possa por aí se cristalizar). Enquanto fenômeno é sempre na subjetividade e no comportamento dos indivíduos que podemos encontrá-la, mas inúmeros fenômenos podem estar referidos a uma categoria que os explique, e não é por expressar-se no individual que exija para explicar-se uma categoria psicológica.

Cada saber que se constitui corta a matéria do que pode transformar em objeto. Paixão e doença não são a mesma coisa, mas o que são? Quem se apropriará de ambas, seja o que forem?

As religiões, no processo de institucionalização, desenvolveram instrumentos, cada vez mais considerados como objetivos e confiáveis, visando discriminar possessão divina de imperfeição humana. O Catolicismo, por exemplo, não poderia se consolidar como intermediário necessário entre o humano e o divino se a todo momento Deus estivesse intervindo diretamente por intermédio de porta-vozes espontâneos.

O desenvolvimento do sistema jurídico também resultou no desenvolvimento de instrumentos, cada vez mais considerados como objetivos e confiáveis, para discriminar responsabilidade e irresponsabilidade perante a lei, capacidade e incapacidade de com-

preender os pactos sociais. O sistema não poderia se orientar, se a todo momento sua racionalidade fosse posta em dúvida.

A ordem econômica capitalista, industrial, como qualquer ordem instituída, pôde engendrar, no processo de suas práticas, agentes e instrumentos de enquadramento que pudessem disciplinar as pessoas aos novos espaços de trabalho, às novas representações de tempo e identidade, e que permitissem legitimar a exclusão de população excedente, variável a cada momento econômico.

Na Europa, pelo correr dos séculos XVII e XVIII, como vemos em Foucault (1980), estas contradições se difundiram até a precisão milimétrica da especialização. Mas o jogo pelo monopólio da Razão não é apenas de ilusões. Algo objetivo, concreto, emerge, aclara-se, transmuta-se em nova inter-relação entre o eu e o mundo.

Duas tendências buscam hegemonia:

- Loucura é um todo a ser extirpado ou contido. Há que delimitar o gueto da loucura, enquadrá-la em local fechado de onde não possa importunar as cidades.
- Loucura é uma heterogeneidade que desdobra oposição, desvio, paixão e doença. Há que apropriar a oposição na Política ou na Polícia. Desvio e paixão na Arte ou na Religião. E a doença na Medicina. Cada objeto, um agente e um mercado. Doença Mental e Psiquiatria nascem uma para a outra, uma da outra, dentro da lógica expansiva da racionalidade e da mercadoria. O universo da loucura se volve continente da doença mental.

## PROCESSO SAÚDE/DOENÇA MENTAL

Agora o étimo é reconhecível, o significado delimitado; logo, muda a pergunta: o que é doença mental? Ergue-se outra vez a mesma Babel. Uma revisão bibliográfica do tema implica releitura de toda a Psicologia, Psicopatologia e Psiquiatria que se produziu desde os fins do século XVII, pelo menos.

Autores como Kaplan & Sadock (1984) sentem-se à vontade para escrever um manual clássico sem uma definição sequer do conceito tema; deixam claro na exposição, essencialmente descritiva, que doença mental é o que se apresenta como tal perante o psiquiatra; e tomam os distúrbios e perturbações arrolados no DSM III como fatos naturais da vida social, não foram produzidos, sempre existiram. Aqui e em outras fontes percebe-se uma inversão da prática científica, parte-se do que se deveria explicar: se os homens se apresentam com esta ou aquela sintomatologia, pressupõe-se uma doença, uma forma de tratamento, para depois tentar explicá-la. Esta inversão autoriza autores como Szasz (1978) a considerar a Psiquiatria, ciência constituída, como nada mais que um mito.

Canguilhem (1982) aponta três modos de compreender a relação saúde/doença: são opostos, realidades diferentes, capazes até de fundar Ciências diferentes (Psicologia e Psicopatologia); são pontos extremos de uma escala mensurável quantitativamente (muito, de um atributo de saúde, o faria atributo de doença); qualidades diferentes de uma mesma realidade, formas de expressão do dinamismo vital (o que não faz doença ser saúde, mas, ao defini-las, apresentam-se valores: estatuto social do corpo, da doença, do doente, do tratador). Estes três modos se articulam com três concepções sobre produção da doença:

• Ontogênica – localizante, definindo saúde a partir do estudo da doença, limitada à análise dos eventos associados ao momento anterior a seu surgimento ou à história de vida do indivíduo isolado.

• Dinâmica – totalizante, incorporando a idéia de multicausalidade, deixa o órgão e toma o indivíduo como um todo, mas a ele se mantém limitada.

• Concreta, ultrapassa a idéia de causalidade para a de determinação complexa, incorpora na análise os processos socioeconômico-culturais nos quais o indivíduo se insere e contempla relação entre realidade dos objetos e realidade das representações.

Saúde e Doença não são fenômenos isolados que possam ser definidos em si mesmos. Estão profundamente vinculados ao contexto socioeconômico-cultural, tanto em suas produções como na percepção do saber que investiga e propõe soluções. Todas as concepções de doença pressupõem norma objetiva que permita determinar modelo referencial. Isto fica evidente quando a questão é Doença Mental. Machado et al. (1978) afirmam que, para medir o que é ou não é razoável em uma conduta, será preciso compará-la com ela mesma e com outros comportamentos comumente aceitos em cada momento social. Esse critério comparativo – ao mesmo tempo possibilidade de estabelecer norma a partir da observação do desvio e de promovê-la autoritariamente na prática – permite articular história individual e história da sociedade, entendendo-as como mudança progressiva e interdependente.

> *Então é possível pensar que Saúde Mental e Doença Mental são conceitos que emergem da noção de bem-estar coletivo. Anormal é uma virtualidade inscrita no próprio processo de constituição do Normal, carecendo portanto de instrumental médico, psicológico, filosófico, sociológico, antropológico, econômico e político para ser compreendido.* (Sampaio, 1988)

Breilh & Granda (1986) adotam como princípio que a realidade objetiva se encontra em mudança permanente, que o motor da mudança é a contradição, que a relação saúde/doença é elemento da vida social e que há uma escala crescente de complexidade entre processos inorgânicos, orgânicos e sociais. O processo mais complexo incorpora os anteriores, submetendo-os a suas próprias determinações e leis. Portanto, no caso humano, o social submete e determina o orgânico (que por sua vez já submetera e determinara o inorgânico), além de a todos unificar através da diversidade. A investigação do biológico e do psicológico não pode despojá-los de suas dimensões sociais.

Seja qual for o conjunto preponderante de sinais e sintomas e o conjunto de variáveis causais diretamente operantes, só há doença mental quando a história psíquica do indivíduo perde a percepção da relação com a história da sociedade, quando as reciprocidades e as compartilhações implícitas de significados se rompem; quando o conflito entre as histórias se torna impasse, este não é sequer compreendido e o sujeito é invadido pela dor sem estímulo concreto, é "invadido por uma experiência de paralisação ou descontinuidade da percepção de sua própria vida como curso coerente" (Moffatt, 1987).

Não podemos, por isso, falar de doença mental sem falar de saúde mental, da sociedade que as constitui e constitui o saber que as define e do Estado que implementa as políticas de assistência e prevenção. Com o avanço dos conhecimentos sobre saneamento, nutrição e profilaxia; com o avanço da oferta de serviços de saúde e de subsídios fi-

nanceiros compensatórios; com a transformação do trabalhador em fiscal de qualidade da produção de máquina e em observador de visores luminosos; com a urbanização acelerada e o processo de especialização dos saberes, obrigando a cooperação em equipe conflitando com identidade individualística competitiva; teremos novas formas contingentes de adoecer e morrer, deslocando-as na direção dos problemas crônico-degenerativos, e novas formas de sofrer a condição humana, na direção dos sofrimentos psíquicos.

Se é verdade que o esforço de inserir a compreensão da doença mental no universo da história é obrigatório, há que reconhecer, no entanto, que foi um remédio que quase matou o doente. Houve quem, como Thenon (1974), considerasse o 'eu' como mero preconceito científico, algo semelhante a: se a Psicologia é ciência que nasceu da existência da burguesia, deve desaparecer com ela. Como se a linguagem, que apareceu com a pedra lascada, desaparecesse automaticamente no neolítico.

Parece possível, apesar do território movediço, recuperar o que há de comum, de consenso, no terreno da definição de doença mental. Variam nosologia, etiologia, clínica e profilática, mas todas as formulações partem de um ponto empírico comum. Quando falamos em sofrimento psíquico estamos falando em algum tipo de contradição entre subjetidade e objetividade, e quando falamos em doença mental estamos falando em antagonismo entre subjetividade e objetividade, uma ruptura aparencial entre o eu e o mundo, entre o eu e o outro, já consubstanciado intra-subjetivamente, entre o eu e o eu, e nas tentativas de superar aquela ruptura aparencial, dolorosa ameaça de ruptura real.

Esta discussão não é nova, podemos surpreendê-la em vários momentos, na Fenomenologia e na Psicanálise, por exemplo.

Para Jaspers (1979), o indivíduo não se reduz a conceitos psicopatológicos; considera que avaliações éticas, estéticas e metafísicas são estranhas à Psicopatologia; que sua meta é a alma do homem e como ela se objetiva (vivências, condições, nexos, relações e modos de exteriorização). Lançando mão de um diagrama baseado em Aldebrecht, explora a distinção entre desvio indiferente de estado vital (saúde) e desvio com prejuízo e caráter de perigo do processo vital (doença). Excluindo a história e tomando como ocorrendo na objetividade o que ocorre na representação (subjetividade), Jaspers está falando de objetividade e subjetividade, além de relações entre estes termos que poderíamos denominar de ruptura e reapropriação.

Anna-Freud (1978) afirma que não há Psicanálise se id, ego e superego se encontrarem em harmonia, satisfação; que o id só é acessível através dos estados que a existência de conflito (tensão, desprazer) provocam no ego; que o superego, na ausência de conflito, não se diferencia do ego; que é necessário distinguir instinto, de representação ideacional do instinto, de afeto associado ao instinto e de representação ideacional deste afeto associado. Ora, as defesas estão sendo tomadas como técnicas de que o ego se serve em conflitos que possam redundar em neurose e não determinado tipo de defesa como neurose; certa harmonia está sendo buscada como sinônimo de saúde, sendo o desequilíbrio tomado como sinônimo de patologia, quando podemos percebê-lo como condição necessária para a construção da consciência; elementos internos e externos estão sendo contrapostos e não a própria inter-relação como sendo o sujeito; mas Anna Freud está falando de objetividade e subjetividade, além de relações entre estes termos que poderíamos denominar de ruptura e reapropriação.

Perigos para o processo vital; conflitos entre ego, id e superego; ausência de relação entre respostas e conseqüências; dissonância cognitiva – diversos postulados teóricos, uma mesma constatação: a ruptura aparencial nas relações sujeito-objeto (s-o), homem-mundo, eu-outro, eu-eu, a impossibilidade de tolerar tal ruptura e as tentativas de superar o impasse.

## ALIENAÇÃO E IDEOLOGIA

Realizando extensa discussão sobre o papel da Teoria da Alienação no marxismo, Schaff (1979) ora a encontra como categoria central (Thier, Popitz, Lange), ora como conceito que cumpre função prática, mas não é científico (Balibar, Althusser, Godelier), ora como conceito que se concretiza, enriquece a teoria marxista e torna possível a elaboração de novos conceitos a cada ciência mais concreta desdobrada. Nesta última classificação inclui Garaudy, Kosik e a si próprio. É esta a postura adotada aqui.

Schaff demonstra que, sem o conceito de alienação, Marx não poderia ter chegado aos conceitos de mercadoria, capital, produção social, relações de produção, força produtiva, fetichismo (da mercadoria, do dinheiro, do capital). Principalmente, demonstra que o caminho investigativo das relações sociais sob o capitalismo precisa libertar-se da carga especulativa e identificar as formas concretas de expressão da alienação em cada nível analítico/objeto/objetivo.

Diferenciando objetivação (existência fora do psíquico), coisificação (o que não é coisa, mas é experienciado como tal – relações sociais e força de trabalho tornando-se mercadoria) e fetichismo (o que é coisa mas é humanizado – produtos portando relações sociais), Schaff coloca alienação como possibilidade da objetivação, nas condições de coisificação e fetichismo, com dupla e contraditória natureza (subjetiva = genérica, humana; objetiva = socioeconômica, do modo de produção), compondo cadeia complexa:

- Estranhamento na relação produtor/produto (venda de força de trabalho mediante assalariamento; divisão de trabalho parcializando as tarefas e as possibilidades de espelhamento do produtor no produto; idiotia da superespecialização).
- Estranhamento na relação trabalho/máquina (trabalho morto, isto é, trabalho humano pretérito embutido na máquina, expropriando o gesto produtor do trabalhador).
- Estranhamento trabalho/ato de produção (apropriação final dos resultados do trabalho pelo comprador da força de trabalho; capital morto, isto é, capital especulativo que não se realiza na produção).

Por fim, Schaff realiza um ajuste conceitual:

- Alienação Objetiva – a que ocorre na relação do homem com os resultados de sua atividade produtiva (produtos e processos econômicos, sociais, políticos e culturais). Fetichismo da mercadoria, burocracia, exército, Estado, religião, arte e ideologia representam formas.
- Alienação Subjetiva *Lato Sensu* – a que ocorre na relação do homem com a socialização. Ruptura do sistema de normas, incapacidade social de regular a ação individual e inelasticidade da estrutura social representam formas.
- Alienação Subjetiva *Stricto Sensu* – a que ocorre na relação do homem consigo mesmo, na representação que o homem constrói de sua atividade produtiva e sociali-

zação. O eu experimentado como coisa, algo alheio; o si mesmo transformado em mercadoria (tempo de viver, força física, habilidades, afeto, inteligência, atenção, criatividade, moral etc.); a falência da idéia de sentido da vida (vazio existencial); e a convicção de que nada a ser feito modificará a realidade representam formas.

O autor nos deixa neste patamar – a alienação na/da representação, difusa, inespecífica, centro de um sujeito sem centro, integridade fantasmada. A investigação das formas de expressão da alienação deve partir de sua objetividade e vasculhar as tentativas humanas de produzir suas condições de existência, de se 're-integrar' e de fracassar nestas tentativas.

O que colhe um instrumento epidemiológico tipo questionário, principalmente no domínio psiquiátrico? Discurso, representação. Mas como saber o grau de integridade entre curso e 'discurso', entre apresentado e representado? O que, e como, pode chegar àquelas consciências expressas em linguagem? Diante do pesquisador o sujeito se acautela, aproxima sua resposta daquilo que supõe seja consenso social, cai na ideologia (entendida por Schaff como forma de expressão da alienação objetiva).

As teorizações atuais acerca da ideologia tentam articular, simultaneamente, o plano das relações sociais e da subjetividade (divisão social do trabalho e características individuais), como em Althusser (1983); e consciência individual e visões de mundo, como em Goldmann (1972). Genericamente poderíamos designar por ideologia a distorção do pensamento que nasce das contradições e as oculta. Temos aí colocado o conceito de distorção, o que remete à questão fundamental dos esforços conceituais: A definição deve se lastrear em critério de verdade e falsidade, acerto e erro? As representações ideológicas são necessariamente falsas representações? Se são, como entender a falsidade? A representação não coincide com a coisa representada, então há falseamento, mas alguém acredita que sim e age como tal, então existe como verdade para alguém.

Os trabalhos de Nosella (1983) e Chaui (1984) permitem alguns esclarecimentos. Além dos cortes divisão do trabalho *versus* visões de mundo e verdadeiro *versus* falso, há um terceiro que marca a presença da luta política no debate: pensamento de classe dominante para escamotear a dominação *versus* pensamento orgânico de qualquer classe na luta para afirmar seus objetivos.

A fonte de todo este debate é o Marx & Engels de *A Ideologia Alemã* (s/d), onde ideologia é tomado como um modo de representação da realidade, caracterizado pelo processo de ocultamento das contradições, inversões e lacunas do real. Para haver ideologia, é preciso que haja um oculto, donde a aproximação entre ideologia e falsa consciência. Mas quando Marx & Engels (s/d), em nota de rodapé, afirmam que "quase toda ideologia se reduz a uma falsa consciência ..." percebemos que esta concepção não está colocada como única, apenas como prevalente.

Tentemos então uma definição:

Ideologia – conjunto de normas e princípios que orientam, sustentam e justificam teoricamente a ação das classes, desenvolvido e/ou incorporado pelo indivíduo em sua ação cotidiana, ocultando a fonte externa, a historicidade e a parcialidade. A ideologia está explícita, revelada logicamente no discurso, defendida, mas descontextualizada de sua parcialidade; e implícita, vivida como criação interna, naturalizada e eternalizada. A principal característica da ideologia é sua função prática social de fazer a vida ser levada

sem maiores sofrimentos e sem evidência dos interesses supra-individuais em ação. Alienação e ideologia se interdeterminam e sustentam.

Portanto, ideologia está no discurso, é parte daquilo que os instrumentos epidemiológicos colhem. O grau de reconhecimento entre vida e representação da vida indica padrão de saúde mental do indivíduo, sua maior ou menor capacidade de operar relações e significados, de tomar decisões e realizar práticas cotidianas que permitam real satisfação de necessidades e objetivos.

Alienação e ideologia não se confundem com doença mental, são categorias mediadoras, que permitem entendê-la, expor sua gênese e indicar as formas de hierarquia de experiências em determinada situação social concreta.

## A CONSCIÊNCIA

Objetividade, o mundo abstraído o sujeito, e subjetividade, o sujeito abstraído o mundo, são inatingíveis na ausência de uma compreensão, por rápida que seja, da consciência, *locus* onde a relação subjetivo/objetivo acontece e se expressa.

Enquanto um fenômeno reproduzir-se na percepção apenas como aquele fenômeno, não podemos falar em consciência. É preciso que haja intervenção de um indivíduo e que ela construa um significado para o fenômeno que o transcenda. Então, quando o fenômeno puder ser mais ou diferente de si mesmo para o indivíduo é que este se torna ser consciente. O fenômeno agora é 'coisa-com-significado' e pode ser belo ou feio, alegre ou triste, importante ou nulo, asséptico ou sujo, e a Psicologia torna-se possível, pois tornou-se possível a consciência.

> *A consciência é, desde o início, um produto social. No início é consciência do meio sensível mais próximo, é consciência de conexões limitadas com outros e coisas.* (Marx & Engels, s/d)

Como é que as coisas e os outros adquirem transcendência? Como ganham significado? Na medida e na dependência da historicidade. A capacidade humana, por trabalho e linguagem, de incorporar e ser incorporado pela história, constrói cotidianamente outros fenômenos dentro de cada fenômeno e para cada indivíduo. A ação humana individual e coletiva, passada e futura, vai redefinindo as coisas, os homens, o mundo.

Mas não é qualquer ação humana que tem esta propriedade. É preciso que promova transformação na natureza e nos homens, que tenha produto, isto é, que seja trabalho, "dupla relação de transformação entre o homem e o mundo (...) metabolismo do homem com a natureza" (Marx, s/d). Do ponto de vista individual ou coletivo, é a experiência do trabalho que estabelece relevâncias, destaca fatos e significados, diferencia objetos na percepção.

Leontiev (1978) marca este processo de diferenciação com a alegoria do machado e da árvore: quando a ação de derrubar a árvore ocorre, ela passa a portar algo que não está na árvore ou no machado, que é a diferença de consistência entre um e outro. O lugar da consciência é o diferencial de consistência entre objetividade e subjetividade. O produto (árvore derrubada) e o machado (instrumento de trabalho), ação anterior congelada e reapropriada pelo homem, permitem a construção de outras árvores na

árvore (mole, dura etc.), de outros machados no machado (afiado, forte etc.) e de outro homem no homem (capaz de derrubar árvore, por exemplo).

No plano de uma atividade, como beber água, é possível empreender análise estrita do encadeamento estímulo-resposta. Não se demanda aqui a busca do significado porque a ação mesma não é significadora, não tem transcendência. Mas quando o trabalho introduz a ação passada dentro da ação presente, os gestos significam, instala-se a diacronia subjetividade-objetividade e não podemos abandoná-la sob o risco de perder a própria ação.

Ocorre que a presença do trabalho na história dos homens instala mais do que a diacronia, instala também a possibilidade formal da diacronia para qualquer ação humana. O que faz com que, em um corte transversal, qualquer atividade possa ser prenhe de significados, portanto produtora e produzida pela consciência. Recorramos a Leontiev (1978) para ajustes conceituais:

Reflexo Psíquico – categoria fisiológica, filosófica, psicológica, que implica níveis, formas, etapas. O reflexo psíquico tem caráter ativo. Não são os órgãos de sentido que percebem, é o ser, através destes órgãos. A categoria relaciona-se a reação e a espelhamento.

- Psiquismo – imagem subjetiva da realidade objetiva, nos antropóides, como desenvolvimento do reflexo psíquico, que supera e mantém o anterior incorporado. Subjetivo e objetivo são qualidades diferentes do mesmo mundo material, produto e condição dos vínculos entre organismo e meio.
- Consciência – forma qualitativamente particular do psiquismo. Aparece complexa, desenvolvida, mediadora e mediada, como produto social, nos homens, em relação com atividade e trabalho.
- Atividade – processo no qual se concretizam as transições recíprocas sujeito-objeto. É unidade molecular da vida humana, mediatizada pelo reflexo psíquico, cuja função é orientar o sujeito no mundo objetivo. Constitui sistema que tem estrutura, função, contradições, transformações, desenvolvimento. Seja qual for a forma tomada, nunca se descola das relações sociais. É um sistema incluído no sistema de relações sociais.
- Trabalho – atividade especificamente humana, que se realiza por meio de instrumentos, tendo por base a cooperação e a comunicação, pois é social desde o início. Implica projeto, transformação da natureza e transformação permanente de seu agente, criador das próprias condições de sobrevivência. O instrumento, mediatizando a atividade humana, permite que a atividade de cada um incorpore a experiência da humanidade.
- Indivíduo – o conceito se baseia na indivisibilidade, na integridade do sujeito entre os de sua espécie, na presença de singularidades e refere-se à complexa formação genotípica.
- Personalidade – sujeito, momento interno, aspecto e produto da atividade e do trabalho, conformando certa unidade irrepetível. Personalidade é a concretude do sujeito, expressão concreta da consciência individual. Contém elementos mais ou menos dinâmicos: os primeiros permitem a mudança no correr da vida individual, permitem que a personalidade prossiga se modificando enquanto houver vida; os segundos autorizam a identificação do ontem com o hoje, cristalizando-se em torno das experiências de permanência da identidade.

• Lógica de Pesquisa – deve seguir a lógica da atividade humana principal, que é o trabalho: delimitar as atividades especiais, dominantes, subordinantes, de um grupo qualificado para estudo de caso; definir os motivos destas atividades; delimitar ações ou processos que obedeçam a fins concretos; definir as finalidades destas ações; delimitar as operações que dependam diretamente das condições para que se alcancem aqueles fins; definir as condições possibilitadoras daquelas operações.

Assim, Vygotsky (1984), alertando o investigador da consciência para que não somente estudasse o final das operações, mas suas estruturas específicas; não somente estudasse a realização de tarefas, mas também os meios auxiliares específicos (instrumentos e significação); já propunha, desde os anos 20, os seguintes princípios:

• analisar processos e não objetos, com dinâmica, historicidade, interações, complementações e contradições;

• incorporar explicação e descrição, sem polarizar, pois descrição é base, etapa inicial, para apreensão da essência e dos processos a serem explicados. Dois processos fenotipicamente similares podem ser radicalmente diferentes em seus aspectos dinâmico-causais-significantes e vice-versa;

• analisar historicamente. Nos processos psicológicos automatizados, a aparência já nada, ou quase nada, diz sobre essência. A atenção voluntária estabelecida transforma-se em involuntária, o estágio mais elevado adquire identidade fenotípica com o mais atrasado, sobrevivendo, no atual, formas fossilizadas do anterior.

## DA DIACRONIA À RUPTURA

A diacronia sujeito/objeto é filha da historicidade, do trabalho, e instala a consciência. Posta a diacronia, está colocada a possibilidade formal para a ocorrência da contradição, quando sujeito e objeto já não se enfrentam em simetria: agora o fenômeno objetivo transmuta-se à imagem e semelhança de cada sujeito que o utiliza ou simplesmente contempla. Vários fenômenos ressignificados pela história ocupam aquele que o ser natural reconhecia. Posta a contradição, está colocada a possibilidade formal do antagonismo.

O animal do homem é sincrônico, o homem do homem é diacrônico, por isto o viver do homem é contraditório. Sujeito e objeto constroem entre si uma invisível rede de significações e transformações: a vida de todos nós é fundada em uma permanente tensão sujeito-objeto possibilitada pelo trabalho. A sincronia resta como hipótese possível num proto-humano, paraíso perdido/desejado.

Através do trabalho surge a diacronia e, por isto, a tensão homem-natureza. Agora encontramos as condições formais para que ocorra a ruptura aparencial entre o sujeito e o objeto. Enquanto não se instaura a ruptura aparencial, estaremos falando de tensão, preocupação, dificuldade, sofrimento psicológico. Compreensível, por via quantitativa, de mais ou de menos, ou qualitativa, de pior ou melhor, certo ou errado etc.

É curioso como, com base nesta formulação, alguns clássicos problemas da Psicologia perdem totalmente o sentido: sobre a determinação interna ou externa da doença mental por exemplo, qualquer uma das respostas clássicas se equivoca, na medida em que o problema está exatamente na tensão entre o sujeito e objeto, na dupla transforma-

ção homem-meio. A consciência precede a ação ou é produto dela? Também não seria possível coisa ou outra: a ação é produto e produtora da consciência, a consciência é produto e produtora da ação, outra vez uma se define em nexo com a outra.

Esta primeira aproximação faz avançar a compreensão do problema, mas ainda é enganadora. Até agora reconhecemos a diversidade do subjetivo, temos indicativos até de como ela se instala, todavia, partimos do pressuposto da unicidade do objetivo, o que não é verdadeiro: o objetivo também é múltiplo.

A Psiquiatria clássica, por exemplo, partiu sempre do pressuposto da unicidade do mundo objetivo: ocorrido o estranhamento era no indivíduo que deveríamos buscá-lo. Algumas psicologias e psiquiatrias ditas críticas também partem deste pressuposto, chegando até a formular a tese de que a doença mental não passa de invenção destes ou daqueles poderosos para excluir os descontentes.

Já a Psicanálise e o Behaviorismo reconhecem a pluralidade do mundo objetivo. A primeira faz da tensão entre objetividades distintas, entre a cultura e a Biologia, seu principal *locus* de atenção. A segunda coloca em seu centro teórico a possibilidade de a realidade adquirir significados aleatórios para o sujeito. O que permite a ambas permanecerem atuais.

O objetivo é múltiplo. A cultura é objetiva e a Biologia também: para enfocar a tensão preferida pela Psicanálise, o corpo sente prazer sexual e a cultura o considera sujo e indigno. O fenômeno insere-se objetivamente em estruturas objetivas múltiplas, recebe dos hospitais, dos velórios e da moda as marcas da assepsia, da tristeza e da beleza, respectivamente, por exemplo. E quem já esteve doente, já enlutou e acompanha os movimentos da estética, está literalmente sob a égide de muitos fenômenos quando se defronta com cada um deles.

A possibilidade de conviver com a multiplicidade é fundamental para a sobrevivência do ser humano. Ou o ser humano arranja meios de conviver com o belo e o feio, o certo e o errado, o alegre e o triste, simultaneamente, ou não estaríamos aqui para contar a história. Os homens tiveram de encontrar, durante toda sua história, formas de convivência com o antagonismo objetividade-subjetividade. A estas formas de convivência estaremos chamando de 'modos de reapropriação': expressão das tentativas de entender, superar, evitar ou tornar suportável o sofrimento psíquico oriundo do antagonismo subjetividade/objetividade, recuperando ou não a tensão diacrônica.

## DA RUPTURA À REAPROPRIAÇÃO

As sociedades humanas, desde os primórdios, estruturam modos de reapropriação da ruptura aparencial sujeito-objeto (s-o). A religião, do Latim re-ligare, ligar outra vez, foi uma das formas que o homem encontrou para conviver com tal ruptura; todos caçamos o animal, mas o chefe tem o direito de comer primeiro, por ser filho e/ou protegido dos deuses.

E quantos hoje não suportam o insuportável à espera ou graças ao reino dos céus? Quantos também, a partir de Puebla, não lutam arduamente pela justiça como um princípio divino? A religião é sempre 're-ligação', modo de reapropriação da dinâmica s-o, é

sempre ideologia, nem sempre alienação, pois, pelo menos em sua origem, realizava objetivação.

Se o homem é mediação obrigatória para o controle da natureza pelo homem, o meio ambiente do homem é também o outro e a objetividade do homem se apresenta dupla: a natureza e a estrutura social.

Por meio da linguagem, a ideologia opera emprestando universalidade abstrata ao que é particular concreto; assim, se as mulheres em um determinado momento histórico, pela história mesma da divisão de trabalho entre os sexos, não estão preparadas para este ou aquele trabalho, o nível ideológico engendra algo como "isto não é trabalho de mulher", tornando universal – descolado do momento histórico – e abstrato – independente desta ou daquela mulher em particular – um conceito, ou um preconceito, que, neste caso, tem função conservadora. E ao surgir o preconceito fica explícita a contradição: existem mulheres realizando o que 'não deveriam'.

Aqui interessa destacar o papel da ideologia na recuperação simbólica do metabolismo homem-natureza, operando uma sutura na relação s-o. Na medida em que nasce no esteio da dupla objetividade, social-natural, passa a ter função homogeneizadora da contradição, impedindo a ruptura s-o, embora não anule toda e qualquer forma de sofrimento psíquico.

No capitalismo, o trabalho se organiza cooperativamente e engendra ao mesmo tempo competição obrigatória; a contradição, neste plano, é insuperável. Ato contínuo aumentam de importância, por exemplo, os esportes que fazem por exercer um forte sentimento cooperativo e ritualizam a competição, tornando-a lúdica e quiçá inofensiva. Ou as gangues adolescentes. Qualquer que seja a forma, sempre repondo um grupo social em que a dialética cooperação/competição volte a operar sob controle dos indivíduos.

Se o modo de produção parece cindir afeto e razão no trabalhador, formatando o afeto do trabalhador pela lógica do capital, deixando fora da jornada de trabalho a pessoalização; o trabalhador busca reapropriar-se do afeto pleno também no trabalho, como algo submetido à própria lógica. Então a sedução da secretária passa a ser assunto obrigatório nas rodas informais e vasta rede de erotização atravessa os escritórios.

Quanto mais o gesto se fragmenta, perdendo o autor; quanto mais o homem perde o controle do processo de trabalho e de seus próprios processos de significação; floresce a indústria do *hobby*, oferecendo a oportunidade de a ação recompor-se, início-meio-fim, sob a tutela do autor/ator, por sua arte e para o seu gozo, em pelo menos algum lugar/momento do viver.

Se a produção da vida parece escapar das mãos, se é preciso viver um dia de cada vez, conquistando hoje o alimento de hoje, desloca-se e ritualiza-se a insegurança: a roupa nova, a casa própria e/ou o carro novo para que os amigos invejem, mesmo que mediante dívidas eternas. Vida a retalho, vida a prestação, segurança fora do lugar.

Se o trabalho feito mercadoria expulsa o projeto, o sonho, e fica revelado a cada dia que o futuro nos escapa, eis uma enchurrada de telenovelas, cartomantes, horóscopos, eis a fantasia reinventando o devir.

Se a ruptura aparencial passa a ser inerente às formas de organização da produção e se torna onipresente, é preciso que o ser humano encontre formas também suficientemente lábeis para a convivência com ela.

Tais formas podem preencher em nível real ou mágico as necessidades de retomada da tensão s-o perdida na vida cotidiana:

• Real, quando exerce uma atuação de retorno sobre o *locus* do antagonismo: a atuação sindical, por exemplo, objetiva a imediata melhoria das condições salariais ou de trabalho que estão provocando o problema.

• Mágica, quando retoma o controle, instaura a reapropriação na ausência do *set* que desenha o antagonismo e sem possibilidades de retorno à situação-*locus*: no futebol estruturam-se equipes lado a lado em disputa feroz por um objetivo pactuado, torna-se o desempenho estritamente dependente da competência e ritualiza-se a disputa.

A cada momento que a relação s-o tende para a ruptura aparencial, a insuportabilidade da experiência vazia de significados obriga a reconstrução da diacronia s-o: velando o abismo, fantasmando uma ponte, construindo algo provisório e frágil e vivido como tal, construindo algo provisório e frágil, porém vivido como permanente e forte, véus simbólicos revelando a natureza do antagonismo, véus simbólicos negando que o antagonismo exista. A estas tentativas de reconstruir a diacronia, genéricas da cultura ou específicas do indivíduo, cobertas de êxito ou de fracasso, chamamos de modos de reapropriação, categoria mediadora entre alienação/ideologia e saúde/doença mental. Diacronia s-o > Alienação/Ideologia > Contradição s-o > Sofrimento Psíquico > Antagonismo s-o > Modos de Reapropriação > Saúde/Doença Mental.

## OS MODOS DE REAPROPRIAÇÃO

Não é apenas na trama social que se desenham modos de reapropriação. É preciso atingir o nível individual, encontrar as maneiras que um sujeito em particular busca para proteger-se contra a ruptura aparencial s-o. Elas existem, e vasta tem sido a contribuição da Psicologia e da Psiquiatria.

Skinner mapeando as formas de controle e contracontrole, Selligman apontando o desamparo aprendido, a dissonância cognitiva de Festinger, o conformismo de Asch, a batalha campal entre id/ego/super ego em Freud, as estratégias defensivas em Dejours. Enfim, quem procurar a presença da dialética antagonismo/reapropriação corre o risco de ter de percorrer toda a Psicologia.

A presença da ruptura aparencial s-o retira o controle do indivíduo sobre o seu meio e sobre si mesmo e uma das possibilidades de reapropriação pode ser, simplesmente, o retorno a uma situação onde algum controle era detido. Todos nós já vivemos isto: é muito comum um gerente, ao deparar-se com situações naquele momento insolúveis, brigar com a secretária por um documento de somenos importância, ou fazer uma inspeção na unidade que dirige buscando encontrar pequenos problemas que saiba resolver; ou um trabalhador em mecânica de automóveis, que, ao encontrar motor cujo defeito não consegue descobrir, inventa inusitado ciúme da mulher. Existem formas instituídas socialmente que estabelecem possibilidades de regressão a formas de sociabilidade anterior, cotidianamente utilizadas. Se a tentativa de escapar do sofrimento não encontrar uma destas formas socialmente disponíveis – um *hobby*, um esporte, uma religião –, se restar a reapropriação solitária, incompartilhável, estaremos no vestíbulo da doença mental.

Por que não denominamos mecanismos de defesa e sim modos de reapropriação à dialética apontada? Sem dúvidas, seria merecida homenagem a Freud.

O problema é que Freud vincula sua descoberta à história natural do homem, pulsões, instinto, sexualidade, o que, do nosso ponto de vista, impediu que percebesse a extensão da descoberta. A etiologia que a Psicanálise engendra protege-a da tarefa de enfrentar a história, e com ela o trabalho dos homens, modo de construir a si mesmo. No entanto, se a ênfase for colocada na dinâmica eu-mundo, os mecanismos de defesa, como qualquer boa descoberta empírica, resistem e transcendem as fixações teóricas do autor.

## DOENÇA MENTAL: SOLITÁRIO E DOLOROSO MODO DE REAPROPRIAÇÃO

Constatamos que a literatura vem considerando doença mental como a ruptura s-o, por isso nos obrigamos a dizer que ela é aparencial e a rastrear a existência da diacronia eu-mundo que a consciência engendra. Depois as possibilidades de contradição e antagonismo que a alienação engendra. No curso dos dois subcapítulos anteriores, fomos percebendo que a ruptura aparencial é muito mais antiga que a doença mental e que as sociedades encontraram modos de reapropriação e os institucionalizaram, prevenindo a dor de o indivíduo enfrentar o estranhamento de si mesmo.

Doença mental não é a ruptura sujeito-objeto, sujeito-outro. A doença mental ocorre tendo por base a representação da ruptura, mas apenas quando falham os modos de reapropriação socialmente disponíveis, legitimados, satisfatórios. Instaura-se aqui um rompimento aparencial eu-eu, em tantas qualidades diferentes.

De onde espreita o risco do antagonismo do homem consigo mesmo? Onde se escondem os riscos da doença mental? Onde quer que haja momentos significativos. Significar é uma palavra de origem latina composta de *signo* – marcar com um sinal, pôr um sinal em, imprimir, gravar – e *ficare*, do verbo *facio*, *feci*, *factum* – fazer, executar, criar, produzir, fabricar, trabalhar. A etimologia fala por si.

O homem é um ser genérico, que faz a si mesmo ao fazer o mundo; é um ser transcendente, que só se realiza quando se torna um outro; e é um ser que produz significados. Onde buscar a compreensão do homem senão na forma como o homem produz sua própria vida? O trabalho é um momento significativo do homem, é uma possibilidade da felicidade, da liberdade, da loucura, do sofrimento psíquico e da doença mental.

Infância e sexualidade também o são. Sobre elas já se sabe bastante, seus efeitos e seus modos de comparecimento no sofrimento psíquico e na doença mental. Sobre o trabalho, pouco ou nada se disse. É que paralelamente à alienação, divórcio entre o homem e o produto do homem, foi se concretizando uma espécie de exílio do afeto, da paixão, da criatividade e da liberdade na reprodução da força de trabalho. O homem é obrigado a recolher do trabalho os pedaços de sua subjetividade, é empurrado a manifestar-se apenas depois do expediente, só aí devendo expressar prazer e sofrimento. Este homem aparece condenado a se expressar na reprodução, despejá-la na família, representá-la nos limites da casa. E aí expressará o que for possível: dependência, violência, doença.

Uma jornada de trabalho que obrigue o sujeito a trabalhar quando os outros repousam e a repousar quando seus pares trabalham; tarefas maiores ou menores do que

força, atenção e inteligência humanas possam suportar; relações de trabalho despejando mensagens contraditórias; brutal retração salarial provocada pelo desemprego ou subemprego que desaloja o sujeito do seu patamar de sobrevivência: possibilidades de sofrimento psíquico que aparecem ao clínico, psicólogo ou psiquiatra, sempre travestidas. Outra dor ocupa o espaço da dor real. Os clínicos tomam este sofrimento como doença e legitimam a inversão.

E quantos projetos terapêuticos atacam o espelho sem roçar sequer a fímbria do que ele espelha? E quantos projetos terapêuticos tomam a ruptura como real e natural, acumpliciando-se com as táticas de adoecimento que deveriam estar resolvendo?

Recuperando o caminho traçado: partimos da consideração de que a alienação universaliza as possibilidades de antagonismo s-o; lembramos que a objetividade, para o homem, constantemente é o outro, pelo menos está sempre mediada pelo outro; depois constatamos que o sentimento de ruptura é insuportável, o que obriga os homens a construírem modos de reapropriação, coletivos ou minimamente compartilhados, que cumpram a função de restabelecer a tensão diacrônica s-o.

Quando a história individual entrar em conflito permanente com a história social; quando o modo de reapropriação implicar cada vez mais antagonismo; quando a magnitude da ruptura aparencial, ou o seu momento individual de ocorrência, impedirem a reapropriação; ou quando se bloquearem rituais de recuperação sem maior sofrimento psíquico, estaremos no território da doença mental.

É tomando trabalho como base que se estruturam as representações e suas relações com a história: tempo, vínculo e espaço de organização da identidade. Se a psicopatologia puder superar o estágio em que se encontra, terá de perseguir o homem por onde o homem se faz. O indivíduo como ponto de partida, o trabalho como nexo, a reapropriação coletiva da existência como desígnio.

## ESBOÇO DE UMA TAXONOMIA DOS MODOS DE REAPROPRIAÇÃO

Urge testar o modelo e visitar o sintoma, onde ele aparece e é produzido em relação com a principal atividade humana, o trabalho. Vejamos até que ponto a teoria se sustenta no confronto com a vida.

Tomemos um posto de trabalho muito comum em nossos dias: digitador de terminal de vídeo.[9]

O processo de trabalho está sob supervisão da máquina, o software é desenhado de tal maneira que, a qualquer momento, é possível saber quantos toques o operador deu e em que velocidade.

O controle sobre o trabalhador sempre existiu e o trabalhador sempre desenvolveu modos relativamente eficientes de lidar com ele.

'Este trabalhador vai ao banheiro e aproveita para driblar o tempo, aquele organiza seus colegas para reivindicar pausas, o outro resolve ser o mais rápido do grupo ou inventa uma piada contra os controladores etc. etc. etc'.

---

9 Os exemplos são retirados de estudo realizado no Projeto Saúde Mental e Trabalho, desenvolvido na Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP, sob coordenação geral do prof. dr. Wanderley Codo, no período 1988/1992.

Mas aqui a situação é qualitativamente distinta: o controle existe e é mais intenso, porém o controlador sumiu. Onde está o cronometrista, o olhar atento do supervisor, o setor demarcado que controla a qualidade?

'A informática dificulta sobremaneira os mecanismos de contracontrole do trabalho, uma vez que torna o controle onipresente e abstrato'.

A situação é agressiva, desgastante, do ponto de vista da saúde mental do trabalhador: podem se tornar ineficazes os modos de reapropriação habituais. Fica posta a ruptura aparencial s-o, sem bálsamos.

Veremos adiante que possibilidades de adoecimento mental acompanham este quadro. Por ora vejamos como operam os modos de reapropriação tendo como referência tal situação.

Os modos de reapropriação, tanto institucionais quanto individuais, operam suturas s-o e podem ser classificados assim:

• Quanto à natureza, diferenciam-se em reais e mágicos:

Reais, quando enfrentam o conflito (contradição e antagonismo) em sua própria forma e lógica.

'Um grupo de trabalhadores organiza-se para reduzir o tempo de trabalho e espaçar mais adequadamente as pausas. Outro intensifica o número de toques e depois deixa a máquina ligada para tomar um café'.

Mágicos, quando reapresentam o conflito sob forma e lógica distintas dos geradores.

'Quando chega à seção o relatório diário das estatísticas de cada digitador, um grupo se dedica a rir dos números de seus colegas e/ou de si mesmo, ali um 'puxa-saco' quer ultrapassar a média, aqui um 'mole' que nunca a alcança, outro grupo se recusa até a ver o relatório'.

• Quanto ao modo de operação, podem ser redutores ou deslocadores:

Redutores, quando operam uma simplificação do conflito visando torná-lo operacional.

'Este trabalhador se culpa pelo 'fraco' desempenho do dia, lembra que não dormiu direito ou bebeu na noite anterior, resumindo o conflito capital-trabalho pelo apagamento simbólico do capital, condenando o trabalho à responsabilidade solitária de todo o processo. Ou o contrário, acusando o setor de processamento, a empresa, o chefe de plantão. Agora foi o trabalhador que desapareceu'.

Deslocadores, quando transfere a dinâmica do conflito para *sets* distintos de onde ocorre.

'A briga com a namorada, o chute no cachorro, as possibilidades são vastas e sobejamente conhecidas'.

• Quanto à dimensão temporal, podem ser contemporâneos, retrospectivos ou prospectivos:

Contemporâneos, quando o conflito é suposto como solúvel no tempo presente.

'Também vastas e conhecidas possibilidades: tantos consumos e trabalhos compulsivos, tantos paraísos químicos, tantas urgências corporais'.

Retrospectivos, quando a saída é retorno à situação anterior sobre a qual havia controle.

'Ah! os bons velhos tempos, a busca do tempo perdido, dentro do próprio trabalho ou anterior à entrada no mercado de trabalho'.

Prospectivos, quando o estado presente é suportado, taticamente, pela solução no futuro.

'Depois desse emprego, licenciado, aposentado, ou enriquecido pela loteria, conseguirá se realizar. Quiçá depois desta vida'.

Não é possível supor a existência de modos de reapropriação puros, paradigmáticos de cada um dos sete cortes propostos. A manifestação empírica os combinará e recombinará, visitando todas as associações factíveis: mágico-redutor-contemporâneo, real-deslocador-prospectivo etc. etc. etc.

E quanto a formas de expressão da doença mental, propriamente dita, o que estaria acontecendo nesta situação concreta de trabalho?

Aplicamos um inventário psicológico, o Minnesota Multifasic Personality Inventary (Graham, 1987), em todos os digitadores de um centro de processamento de dados de uma grande empresa bancária, e o destaque da escala paranóia foi inequívoco: 37% destes trabalhadores apresentavam a escala destacada, enquanto apenas 0,8% de todos os outros trabalhadores da mesma empresa apresentavam o mesmo destaque. Por quê?

Antes de ser um sintoma ou doença, a paranóia é uma lógica. Se há sofrimento é por perseguição oriunda de fonte externa, sem porquê e sem por quem. O indivíduo se previne. Mas a situação concreta, geradora dos elementos incorporáveis à lógica, não muda. As suspeitas aumentam. O ciclo se refaz ampliado.

Retomemos o processo de trabalho do digitador. Não é impressionante a semelhança entre a lógica paranóide e o tipo de relação de controle que a informática estabelece com o digitador? Ali algo controla, mas não se sabe como opera, é onipresente, imperioso. Ao trabalhador torna-se necessário escapar deste controle, mesmo que seja cumprindo as exigências. Claro, melhor seria não cumpri-las, mas a sobrevivência depende deste jogo.

Dispondo de um levantamento epidemiológico de paranóia, poderíamos desenhar o seguinte quadro:

- Certa proporção de sujeitos apresentaria paranóia especializada, universalizada, recorrente, como patologia.
- Outra proporção apresentaria paranóia elevada, evidente, mas sem possibilidade de reconhecimento como doença, talvez marca destacada na personalidade, talvez reação conjuntural. Comportamento paranóide. Reação paranóide.
- Ainda outra proporção apresentaria marcas difusas, pouco perceptíveis ao instrumento de investigação, ou deliberadamente escondidas pelo uso de pesos diferenciadores; presença acatada como previsível, normal, senão saudável, pelas hipóteses que norteiam a construção dos instrumentos. A prontidão paranóide concebida como necessária em sociedade excludente e competitiva.

É quase certo que os primeiros estivessem fora ou em vias de cair fora da produção: licença, aposentadoria, desemprego.

Os segundos, se por acaso ou competência de algum mecanismo de seleção (deliberado ou intuitivo) se encontrassem exercendo a função de digitador, poderiam estar ra-

zoavelmente adaptados. Alguns psiquiatras e psicólogos concluiriam sobre vocação, escolha, homem certo no lugar certo.

O que aconteceria com os terceiros, portadores de paranóia em sintonia com a vida cotidiana, se chegassem à função de digitador?

Esgotadas as possibilidades de reapropriação efetiva, aos segundos caberia a multiplicação do risco de se tornarem primeiros, aos terceiros caberia a probabilidade crescente de instalação da lógica paranóide.

Quando detectamos o antagonismo que ameaça a tensão s-o, é preciso procurar quais os modos de reapropriação possíveis. Se passarmos uma vista d'olhos nos exemplos de modos de reapropriação citados acima, veremos que muitos deles aumentam a probabilidade de instalação da lógica paranóide.

Todos os trabalhadores de digitação estariam, por isso, condenados à paranóia? A resposta é não. Estamos dizendo apenas que ser digitador aumenta os riscos de entrada e aprofundamento na lógica paranóide.

'Imaginemos: o digitador começa a detectar pequenos sinais na máquina que poderiam indicar a forma como ela mede seus toques, um tipo de erro que o *software* não previra, ou pequenos sinais no rosto do supervisor que permitiriam antecipar e se defender de punições. E o resultado de todo este investimento fosse (...) aperfeiçoar o *software* (...) e/ou desempenho do supervisor'.

Ou se a escolha recair em um modo de reapropriação que, ao invés de evitar, amplia o circuito da perda de controle.

'Filia-se a uma seita religiosa que prega serem todas as inovações tecnológicas frutos do mal'.

Claro, o processo é infinitamente mais complexo, porém esperamos que os seus elementos básicos se deixem ver com o presente exercício. Num primeiro momento é possível mapear os modos de reapropriação como tendência, avaliar especialização ou uso complexo, avaliar proporções de uso dentro de uma população significativa. Depois há que aprofundar, exercendo a crítica e a qualificação da(s) tendência(s) encontrada(s), julgar se é característica da personalidade, reação conjuntural ou doença. Qualquer resultado, de inventário ou teste, por questionário ou entrevista, aponta as tendências de reapropriação; contudo, não julga doença mental, a não ser nos limites do comprometimento orgânico.

Quando um instrumento descreve existência de depressão, por exemplo, aí começa a pesquisa: que coisa é esta que o nome depressão recobre? lógica? característica de personalidade? reação conjuntural? sintoma? doença de base orgânica? doença psicogênica? o quê?

## EXPRESSÕES DO TRABALHO NA CLÍNICA

A realidade da vida assume complexidades tais que somente quando recortada por bisturi epistemológico a laser, em níveis analíticos que, por sua vez, podem inaugurar vastas áreas de saber, expõe-se à inteligência da vida sem ofuscá-la. Cada nível analítico desdobra variáveis, o que, também por sua vez, remete a instrumentos capazes de delimitá-las e discriminar seus elementos constituintes.

Sendo trabalho um dos lugares sociais possibilitadores e estruturadores de identidade, que extensão de possibilidades e estruturações, primárias e secundárias, sucessivas ou simultâneas, ele gera?

Pelo menos quatro expressões, que não rompem com a tradição, mas instauram novos significados, podem ser usadas para a tentativa de circunscrever o modo como trabalho se expressa na clínica:

- ESTREITAMENTO DO CAMPO DA CONSCIÊNCIA.

Tanto esta expressão, como a original 'campo da consciência', tomadas de empréstimo a Janet (1975), permitem designar o que ocorre quanto às chances (expansão, redução) de uma mesma consciência individual reunir vários fenômenos psíquicos, simultaneamente. Em Janet, a expressão carrega um significado topológico abandonado aqui, em que se privilegia um significado de simultaneidade temporal. O trabalho que entra na história individual após adolescência e escolaridade extensa, após consolidação de mundividência externa ao mundo do trabalho (moral, existencial), será menos capaz de catalisar os fenômenos psíquicos na direção de seus processos, será menos capaz de impor pautas, trilhas, trilhos, que o trabalho do camponês, por exemplo, que entra em sua vida junto com as primeiras 'ereções de urina'. Um processo de trabalho repetitivo, automático, fragmentado, será muito mais capaz de enfrentar e vencer outros estímulos, reduzindo o campo da consciência a um espasmo doloroso, que aquele que permita elaboração de vias duplas de relação. O momento de entrada direta na vida individual e a natureza do processo de trabalho determinam a amplitude da ação do trabalho sobre a consciência.

Se um jovem de classe média urbana chega ao trabalho depois da adolescência, das epifanias sexuais e de décadas de exposição ao disciplinamento escolar, um jovem operário chega à escola, às epifanias sexuais e à adolescência, depois do trabalho, a partir da identidade de trabalhador. E todos já se relacionavam com mãe e pai baseados nas possibilidades que a inserção deles no mundo do trabalho configurava. O trabalho remete o sujeito e a fábrica de sujeitos para chances determinadas de alimentar-se, morar, desenvolver prontidão para a tecnologia social acumulada, usar o tempo não comprado para o trabalho, ser saudável e apropriar-se do destino e da felicidade.

- PRONTIDÃO PARANÓIDE.

Esta expressão, tomada de empréstimo a Fanon (1978), permite designar o que ocorre na organização da representação sobre o tempo efetuada pelo trabalhador e passada para seus relacionamentos. Caso submeta os instrumentos e o processo ao seu tempo biológico prévio, ou submeta seu ritmo ao ritmo dos instrumentos e processo; caso o tempo seja vivido como tempo produtivo ou como tempo preparatório para produção; caso paire livre de uma hierarquia direta ou esteja na base de uma pirâmide de incitadores/fiscalizadores; caso o tempo de produção seja artesanal, em haustos ligados ao tempo naturalizado prévio, ou tempo artificial, ainda não experienciado como natural, onde segundo seja molécula de tempo capaz de separar o sucesso ou fracasso do trabalho; estar-se-á num ponto ou noutro do eixo do tempo, mas tempo sem passado, presentificado no ato, futurizado no vir-a-ser do produto ou de sua ausência. Controle, hierarquia e presença, ou ausência de produto, determinam o que ocorre na organização da representação sobre o tempo.

• CATEXE OBJETAL.

Esta expressão, tomada de empréstimo à Psicanálise, permite designar o que ocorre na vinculação trabalhador/trabalho, na maior ou menor possibilidade do trabalhador projetar sua subjetividade no que produz. O produto estranha porções do produtor. O poeta Vinicius de Moraes lembra ao operário em construção que tudo em volta carrega marcas de sua mão. A existência destas marcas autoriza o espelhamento do trabalhador no trabalho, tornando familiar o exótico, recuperando em outro nível a onipotência infantil e a totalidade do saber sobre o que faz. Se a marca e o saber são impedidos, o trabalhador morre. Na presença e natureza desta marca, coagulam-se expressões da alienação, enquanto *stricto sensu* subjetiva.

• FADIGA.

Durante o século XIX, a fadiga foi compreendida como esgotamento muscular, perda ou ganho de substâncias, corrigível por repouso. Mas em seguida, fadiga foi aproximada de intensidade de trabalho, de ritmo, relativamente independente da extensão das jornadas. No século XX, fadiga passa a ser entendida como resposta genérica ao estresse, totalizante, envolvendo ritmo, extensão, controle e saber, não aliviada por repouso ou sono. Cansaço e sensação de vazio invadem a vida inteira do trabalhador, portanto o trabalho exige ser visto em sua dupla dimensão (concreto e abstrato) e a extração exploratória do trabalho exige ser vista em sua dupla dimensão (absoluta e relativa). Não é somente a percepção investigadora que descobre novos desdobramentos, é o modo de organização do trabalho que simultaneamente vai inventando novas formas de viver e sofrer. Estafa – esta pequena loucura disseminada pelos interstícios da alegria e do prazer, conceito que entrou no senso comum e designa coorte de mal-estares – traz a neurastenia dos ociosos vitorianos para o dia-a-dia dos produtivos em tempo de capitalismo monopolista informatizado. Desgaste – perda de qualidade de vida que se expressa em padrões diferenciados, na dependência do lugar concreto ocupado no modo de produção das condições de existência.

Considerando a elaboração individual e coletiva de desígnios, constituidores de comunidades de destino, tanto no espaço da família, da infância, da sexualidade e do trabalho, podem ocorrer experiências dramáticas de sucesso quando já se suspeitava fracasso, de fracasso quando se suspeitava sucesso, de fracasso armadilhado (ardil automutilador), de sucesso sem empenho, de fracasso independente dos esforços individuais e microcoletivos. Estas experiências dramáticas podem construir vias dolorosas. O trabalho está aí, tão capaz de gerar tais experiências quanto qualquer outro lugar, e mais ainda, quando é posto no centro de organização do mundo. O mundo do trabalho ocupa o mundo.

## CONCLUSÃO

Realizada a distinção entre loucura, alienação, ideologia, personalidade, doença mental e sofrimento psíquico (conjunto de mal-estares mais ou menos agudos, vividos subjetivamente, mas plenamente reconhecidos em sua origem objetiva, socialmente esperados em natureza, intensidade e momento), temos colocada a possibilidade de várias epidemiologias:

• EPIDEMIOLOGIA DA PERSONALIDADE – estudo de distribuição, modos de expressão e determinação de padrões hierarquizados de experiências da consciência, com dinâmica histórica permanente, mas apresentando cristalizações que permitem auto e heteroidentidade através do tempo de vida individual, ligadas aos núcleos de atividade hierarquizada, conforme conceito de Leontiev (1978).

• EPIDEMIOLOGIA DO SOFRIMENTO PSÍQUICO – estudo de distribuição, modos de expressão e determinação de sintomas socialmente identificados como respostas adequadas a processos de perda, de prejuízos de expectativas, de adaptação/desadaptação/readaptação, em sintonia com os modos de reapropriação socialmente compartilhados.

• EPIDEMIOLOGIA DA DOENÇA MENTAL – estudo de distribuição, modos de expressão e determinação de núcleos hierarquizados de sintomas que revelam inabilidade cristalizada do uso dos modos de reapropriação ou a impotência deles, possibilitando maior (neurose) ou menor (psicose) flexibilidade em discriminar objetividade de representação.

A personalidade como objeto da Epidemiologia é campo pouco explorado, onde os estudos de Séve (1979) e Campana (1988) representam primeiros passos, tanto no conjunto das teorias como no conjunto de estudos que se instrumentalizam no marxismo.

O sofrimento psíquico tem sido esquadrinhado pela Psiquiatria e pela Psicanálise, como pródromos e como sintomas-modelo de doença mental; também tem sido esquadrinhado pelos pensadores marxistas (Reich, Fromm), mormente associados/confundidos com aquilo que Schaff (1979) denomina de alienação subjetiva *stricto sensu*. Mas, para além da vigilância a fim de espreitar precocemente o patológico e das confusões entre mal-estares existenciais e doença, o sofrimento psíquico não tem se constituído de modo satisfatório como objeto da Epidemiologia, só da Clínica.

A doença mental tem sido tomada descritivamente, numa taxonomia estática baseada em síndromes desligadas de história; em imputação de relação causal, através da lógica causa-efeito imediatizada; em absolutizações da autonomia ou da dependência entre psíquico e orgânico. A taxonomia apresentada neste texto pode permitir avanços para além dos pontos atuais de impasse.

Há que descrever, como primeiro momento, censitário, tomando a totalidade de um grupo constituído pela homogeneidade do modo como produz suas condições de existência. Depois da descrição, há que julgar o descrito, significar o descrito naquelas condições de produção de existência e naquelas articulações entre história individual e história coletiva.

Um primeiro momento censitário descritivo. Um segundo momento amostral crítico. Como tendência(s) encontrada(s) se realiza(m) concretamente em indivíduo ou subgrupo? Como, concretamente, indivíduo ou subgrupo escapa de realizar tendência(s) encontrada(s)? A investigação é interdisciplinar, integradora de níveis analíticos e de instrumentos. Uma só disciplina perde as outras faces da essência. Um só nível analítico reduz e perde operacionalizações. Um só instrumento é impotente para captar a complexidade.

A principal contribuição deste capítulo é o desenvolvimento da categoria 'modo de reapropriação', capaz de permitir uma taxonomia de dinâmicas do psiquismo que permita à Epidemiologia superar classificações descritivas de aparências ou totalmente prisioneiras de hipóteses causais.

# CONCLUSÃO

Este livro apresenta uma tese geral e algumas específicas, por isto optamos por uma forma de apresentação modular, através de capítulos com grande grau de autonomia. A Introdução e esta Conclusão constroem como projeto, depois como resultado, a integração entre os módulos: não é possível enfrentar a produção de uma Epidemiologia Psiquiátrica sem balanço histórico de suas limitações, uma crítica das teorias que sustentam cada método, um questionamento da natureza mesma do objeto a ser estudado e a qualificação do campo de possibilidades das determinações.

A Epidemiologia é uma Ciência Social prática, empírica, que tem por objetivo estudar distribuição, modos de expressão e determinação de fenômenos sanitários humanos, e por contracampo, ou campo de possibilidades da determinação, as condições concretas de reprodução de populações humanas qualificadas histórico-estruturalmente. Monta uma equação com a ajuda de outras ciências e pergunta a outras ciências o significado do que encontra. Esta disciplina corta um objeto e um nível analítico que integra fenômenos sanitários resultantes de um jeito de levar a vida, de gozá-la e sofrê-la na plenitude das possibilidades humanas em determinada situação socioeconômica singular. Este jeito de levar a vida pode ser abordado a partir de vários caminhos, pois, tomando a unidade real dos fenômenos e a múltipla determinação, qualquer caminho leva a outro, em aprofundamento, quando se mantêm garantias de que o pesquisador não está à procura só de regularidades, linearidades e harmonias. Mais ainda, é preciso pensar os instrumentos de coleta de dados, mesmo integrados, como proposições de tarefa, em que o resultado (resposta a inventário ou a teste, por exemplo) é menos importante que o *modus operandi*, como nos ensina Leontiev (1978). Daí outro instrumento: o diário de campo do pesquisador.

Sem a separação entre loucura e possessão, realizada no Renascimento, a constituição de uma epidemiologia dos eventos não físicos do campo da saúde não teria sido possível. Mas as fraturas no modo de produção de verdades, que permitiram as atuais epidemiologias de fenômenos físicos (cólera de Deus/miasmas deletérios) e não físicos (possessão/loucura) do campo da saúde, estão separadas por, pelo menos, 12 séculos, em detrimento da última. Mas a epidemiologia do domínio psiquiátrico, abismada na clínica; ocupada no refinamento de instrumentos que permitem recortar sintomas e tomá-los pelas doenças; confundida pela natureza imprecisa, evanescente, do objeto; tem dedicado pouco interesse à elucidação da totalidade complexa do processo saúde/doença mental como fenômeno coletivo. Este conhecimento retardatário e diminuto aborda o novo objeto com importação pouco crítica de instrumentos conceituais, de coleta de dados e de interpretação.

Integrando contribuições como as de Laurell (1987), Possas (1989), Breilh et al. (1990), Campana (1988), Adorno (1950) e Codo, Sampaio & Hitomi (1993) estamos

agora em melhores condições para esboçar um desenho metodológico que dê conta da complexidade do novo objeto: a distribuição e a determinação do processo saúde/doença mental em populações qualificadas. A articulação interdisciplinar de estudos de caso, que incorpore o instrumental teórico da dialética marxista à Epidemiologia, torna a tarefa possível.

Um conjunto de postulados pode agora ser proposto:

- o método de investigação deve incorporar os conceitos de totalidade, historicidade e contraditoriedade, além de oferecer garantia de preservação do valor heurístico dos dados e da revelação do concreto como processo marcado por movimentos do real e da razão, em relação recíproca e determinada;
- o método de interpretação deve ser capaz de revelar a formação, as formas de expressão e os efeitos, mais ainda, ser capaz de elaborar categorias que possam descrever o empírico historicamente saturado;
- para o estudo dos fenômenos sociais é necessário que a análise dê conta dos processos recorrentes em conexão com mecanismos regulares/irregulares de mudança, além de explicar as relações, as regularidades e as modificações dos fenômenos nas condições efetivas de suas produções;
- operar com dois pressupostos básicos: o da heterogeneidade histórico-estrutural da subjetividade e da objetividade, especificamente, do psiquismo e da população humana; o da personalidade como campo de expressão da consciência (saúde, sofrimento e doença mental se objetivam como a consciência se objetivar);
- estudo qualitativo, articulando saberes a darem conta de níveis analíticos específicos, com axiomática comum; estudos de caso (caso população significativa); e instrumentos de coleta de dados e de interpretação (por nível analítico e por saber de origem). A investigação é interdisciplinar, integradora de níveis analíticos e de instrumentos: uma só disciplina perde as outras faces da essência, um só instrumento é impotente para captar a complexidade;
- construção da população significativa, considerando objeto específico (doença mental, por exemplo) e objetivo (processo de determinação, por exemplo), respeitando a heterogeneidade histórico-estrutural das populações humanas revelável pela categoria classe social, porém classe social mediada;
- construção do perfil de reprodução social da população significativa: com base na produção, qualificando consumo em amostra, ou com base no consumo, qualificando produção em amostra; mas sempre articulando as duas naturezas da reprodução social;
- construção do perfil epidemiológico, em dois níveis: censo de tendências (magnitudes, distribuição e formas de expressão de representações, nível empírico-descritivo) e aprofundamento qualificado das tendências (discriminando uma epidemiologia da personalidade, do sofrimento psíquico ou da doença mental);
- compreensão crítica da relação entre perfis, hierarquizando, na reprodução social, os determinantes dos fenômenos psíquicos encontrados. Se classe social é mediada por categoria profissional, grupo de consumo ou território, consciência e personalidade são mediadas por alienação/ideologia, ruptura sujeito/objeto e modos de reapropriação;
- a cada momento que a relação subjetividade/objetividade tende para a ruptura, a insuportabilidade da experiência vazia de significados obriga sua reconstrução, velando

ou revelando a natureza da contradição/ruptura. A estas tentativas de reconstruir a diacronia s-o, genéricas da cultura ou específicas do indivíduo, cobertas de êxito ou de fracasso, chamamos de modos de reapropriação.

Temos então que, no domínio psiquiátrico, são possíveis pelo menos três epidemiologias:

- Epidemiologia da Personalidade;
- Epidemiologia do Sofrimento Psíquico;
- Epidemiologia da Doença Mental.

Há que descrever, como primeiro momento, censitário, tomando a totalidade de um grupo constituído pela homogeneidade do modo como produz suas condições de existência. Depois da descrição, há que julgar o descrito, significar o descrito naquelas condições de produção de existência e naquelas articulações entre história individual e história coletiva. Um segundo momento, amostral crítico, pode demonstrar como tendência(s) encontrada(s) se realiza(m) concretamente em indivíduo ou grupo, ou como, concretamente, indivíduo ou grupo escapa de realizá-la(s).

Para o estudo da distribuição e da determinação dos fenômenos sanitários, tidos em sua totalidade triplicemente contraditória (bio-psico-social), se considerarmos a população economicamente ativa, adulta e empregada de modo formal, a população significativa por excelência deve ser a categoria profissional concretizada por empresa, qualificada quanto a ramo de produção (indústria têxtil, indústria sucro-alcooleira, banco etc.), tipo de competição (simples, monopolista, oligopolista), regime de propriedade (privada, cooperativa, estatal), escala de grandeza (pequena, média, grande), lugar no processo específico de produção (apoio, fim) e função individual (mecânico, secretária, caixa etc.).

O livro chega a seu fim, provisório como sempre soe ser, mas não sem antes atingir seus principais objetivos propostos: comprovar que a epidemiologia dos processos sanitários não físicos é retardatária, derivada e maltratada; comprovar a importância do método dialético para as pesquisas em saúde e desenvolver duas categorias de grande relevância operacional – população significativa e modo de reapropriação.

Por fim, em Apêndice, delineia um projeto de investigação observacional descritivo. O delineamento é necessário devido à ausência de consensos operacionais mínimos e à rarefeita bibliografia, que integre Epidemiologia a esforço de compreender o lugar do trabalho na determinação de características psicológicas dos trabalhadores e que constitua estudo qualitativo de caso.

# APÊNDICE

## INDICATIVO GERAL DE PESQUISA

• OBJETO – as inter-relações existentes entre trabalho e saúde mental. Trabalho como unidade estruturadora de identidade e campo de constituição da população significativa. Saúde mental como campo de características psicológicas e psicopatológicas de populações qualificadas.

• OBJETIVO – explicar perfil de características psicológicas e psicopatológicas desenvolvido por determinada população concretizada segundo ramo de produção e processo de trabalho.

• HIPÓTESE FUNDAMENTAL – as características ligadas ao trabalho (perfil de produção, constituidor, neste caso, da população epidemiológica) explicariam as características psicológicas e psicopatológicas (perfil epidemiológico) dominantes encontradas, porém mudando de importância e de lugar a cada situação concreta.

• TÁTICAS DE ABORDAGEM DO OBJETO – investigação interdisciplinar, integrando instrumentos, níveis analíticos e saberes para construção dos perfis e das categorias explicativas.

• PROCEDIMENTO – articulação de estudos de caso: categoria profissional, empresa, população epidemiológica, grupo de aprofundamento crítico, individual. Em cada caso de população epidemiológica construir perfil de produção e perfil psicológico/psicopatológico. Após levantadas tendências, associações lógicas, probabilidades e hipóteses do nível epidemiológico, identificar o modo de operação das tendências e contratendências em casos individuais concretos.

• ELEMENTOS SIMPLES:

Demográficos – sexo, idade, estado civil, residência, procedência, escolaridade, elementos de consumo.

Psicológicos – reações individuais classificáveis como hipocondria, histeria, depressão, obsessividade, psicopatia, masculino/feminino, introversão/extroversão, paranóia, mania, esquizofrenia. Em aprofundamento distinguir: normal *versus* não normal; saúde *versus* doença; sintoma *versus* personalidade.

Laborais – extensão da jornada, turno, extensão e número dos intervalos, migração pendular casa-trabalho-casa, ritmo orçamentário, regime de remuneração, magnitude do salário, horas extras, remuneração das horas extras, férias, relação salário absoluto/poder de compra, posição do salário atingido na história do sujeito, bonificações específicas da empresa, bonificações legais, adicionais, inserção sindical, data-base de negociação sindical, descontos salariais por redução de jornada, descontos salariais por razões sociais, posto, local, matéria-prima, produto, operação, atividade, tarefa, postura, ritmo, natureza do processo produtivo, ferramenta, máquina, instrumento, disciplina, relações

sociais na produção, marca, qualificação, função, cooperação, hierarquia, tempos de profissão, função, empresa.

- INSTRUMENTOS:

Gerais – croquis dos ambientes; ficha de identificação geral; folha salarial; organograma da empresa; fluxograma do processo de trabalho; diário de campo.

Para montagem do perfil de produção – protocolo de observação direta do processo de trabalho; observação por vídeo de processo de trabalho; entrevista de Sociologia do Trabalho, por fonte (gerência, proprietário, liderança sindical); entrevista de organização do trabalho, por fonte (hierarquia técnica, trabalhador).

Para montagem do perfil epidemiológico – inventário psicológico; entrevista de aprofundamento clínico e representação do trabalho; acompanhamento individual em situação psicoterápica.

- ETAPAS DE CAMPO:

Identificação da categoria profissional – considerando importância do setor ou subsetor econômico, idade tecnológica, número de trabalhadores envolvidos, grau de organização política, história sindical, bibliografia existente sobre comprometimentos sanitários, possibilidade de articular demanda de pesquisa por sindicatos, empresas e CIPAs; escolher a categoria profissional a ser investigada.

Identificação da empresa – supondo que uma categoria profissional não se realiza no vazio, e sim através de concretizadores; que, sob o modo de produção capitalista, o concretizador fundamental na esfera econômica é o capital e que as empresas expressam especificamente esta função do capital, é necessário identificar e escolher empresa(s) que realize(m) a lógica do setor ou subsetor da economia onde se insira a categoria profissional escolhida.

Abertura do campo – etapa basicamente política. Estar-se-á atendendo a demanda ou criando demanda? Qual enviesamento de entrada os objetivos e instrumentos suportam sofrer? A entrada sindical pode fazer a empresa se retrair e hostilizar a participação dos trabalhadores, e/ou fazer a pesquisa cair na luta ideológica do campo sindical, além de receber dos trabalhadores uma exacerbação de queixas e expectativas tornando a pesquisa intermediária de reivindicações que não encontraram canal político adequado. A entrada empresarial pode fazer os trabalhadores se retraírem e hostilizarem a pesquisa, respondendo burocraticamente ao que lhes for perguntado, camuflando problemas para não oferecerem pretexto para possíveis reações da empresa.

Estudos gerais de Sociologia do Trabalho – os procedimentos visam dar conta da configuração do caso empresa: modo de inserção no setor ou subsetor de produção, relação com sindicatos, greves, número de trabalhadores, índice apoio/operacionais. História da empresa, do setor ou subsetor econômico, da categoria profissional e de seus sindicatos. Além de entrevistas e análise de fontes primárias, correr a empresa com ficha geral de identificação dos trabalhadores que permita análise de indicadores demográficos (idade, sexo, escolaridade, função, procedência, tempos de profissão e de função).

Estudos específicos de Sociologia do Trabalho – levantamento específico do trabalho abstrato (modos de exploração) e da equação jornada/salário, visando à construção do perfil de produção. Os indicadores de jornada de trabalho e de remuneração podem ser obtidos da empresa, da análise da folha salarial e por meio de entrevistas com os

trabalhadores. Alguns indicadores podem ser obtidos indiretamente, mediante o estudo das folhas de contribuição sindical compulsória.

Estudos de Psicologia do Trabalho – operacionaliza-se a investigação da expressão do trabalho concreto (organização objetiva do trabalho = processo de produção *versus* processo de trabalho), visando à construção do perfil de produção. Os indicadores de processo de trabalho podem ser obtidos através dos organogramas real e formal da empresa, da montagem do fluxograma do processo de produção e de entrevistas de organização de trabalho aplicadas a todos os trabalhadores situados na hierarquia de decisão da empresa. O que se levanta aqui é o processo de trabalho objetivo e seus significados, tanto para o capital como para a produção de um produto específico.

Montagem do perfil de produção – um ponto de parada da investigação, pois temos diagnóstico organizacional, acrescido das sobredeterminações oriundas da equação jornada/salário, da lógica competitiva da empresa e do papel que esta desempenha no setor ou subsetor da economia. A montagem do perfil deve destacar cada expressão e cada categoria explicativa extraída da descrição e da interpretação dos fenômenos encontrados no mundo específico de trabalho desta categoria profissional. Para revelar os elementos relevantes do perfil, procede-se à identificação e qualificação dos quarenta elementos (indicadores) do trabalho.

Identificação do(s) grupo(s) de estudo (configuração da população epidemiológica) – de posse dos elementos do organograma da empresa, do fluxograma do processo de trabalho e de dados das entrevistas de organização do trabalho, surgem condições para a definição, dentro da empresa, do(s) grupo(s) de estudo. Que critérios permitirão a inclusão de um sujeito no campo de determinada categoria profissional? Que elementos permitem a configuração da população como homogênea neste(s) atributo(s), para fins de estudo epidemiológico, considerando a hipótese que afirma o lugar do trabalho na determinação do processo saúde/doença mental?

Estudo epidemiológico censitário – estabelecido o critério de inclusão dos sujeitos, configurada a população, aplicar sobre ela um instrumento que permita discriminar padrões de personalidade e de sintomas, com aplicabilidade e reaplicabilidade garantidas. O instrumento deve permitir descrição de tendências, identificação de prevalências, discriminar formas de expressão, permitir comparação crítica com perfil psicológico/psicopatológico de outros grupos.

Estudo epidemiológico de aprofundamento – obtido o rastreamento – tendências, prevalências, probabilidades –, urge testá-lo e compreender como se torna fenômeno nos sujeitos idiossincráticos. Obtido o levantamento objetivo das características da organização do trabalho, para o capital e para o processo de produção do produto específico, urge identificar e compreender qual o significado subjetivo para o trabalhador, como as características objetivas estão representadas na consciência. O instrumento aqui é extenso, aberto e para aplicação individual. Estes indivíduos para entrevista são localizados amostralmente, em processo de estratificação sucessiva. Estudo duplo cego.

Montagem do perfil de características psicológicas e psicopatológicas – um outro ponto de parada da investigação, pois tem-se diagnóstico das condições psicológicas do grupo, já apontando para a discriminação do que seja personalidade e sintoma, padrões e tendências. Para reduzir o problema da identificação dos modos concretos de

operação e das representações subjetivas; o problema das discriminações saúde/doença, normal/não normal, qualidade/simbolização quantitativa arbitrária e o problema da discriminação mal/alienação, este perfil pode ser construído em dois cortes: epidemiológico e clínico. Neste último corte, se apresenta para descarte uma série de hipóteses clássicas (família, infância, sexualidade) e são mapeados os modos de realização da construção do sujeito fora do trabalho (perfil de consumo).

Estudo individual de caso – dos sujeitos submetidos à anamnese são escolhidos aqueles para acompanhamento individual, em situação de dinâmica psicoterápica: duas sessões semanais de 1h cada uma, seis meses de acordo. A situação difere da psicoterapia por relativo centramento nos problemas e soluções que o sujeito encontra no trabalho e pela eventual ausência de distúrbios a serem tratados. O objetivo é rastrear as operacionalizações idiossincráticas das tendências encontradas.

Identificação e interpretação das relações entre perfis – chega-se então à terminalidade pretendida. Tendo sido construídos os dois perfis, acatado um como revelação de fenômenos a serem explicados e o outro como fonte das determinações significadoras, proceder à operacionalização dos elementos explicativos, hierarquizando-os. Neste ponto, tem-se a possibilidade de estabelecer leis para o caso e projetar resultados para populações que partilhem das características definidoras da população estudada.

## A QUESTÃO DOS INSTRUMENTOS

Um instrumento para coleta de dados deve estar próximo do empírico, mais ou menos liberto de vinculação com a teoria que orientou sua construção. Realiza os pressupostos, os axiomas, os paradigmas da teoria que o gerou, mas explora seus limites, pode negar a excelência deles, pode até ser usado por outras teorias.

Para a coleta de dados são sugeridos um inventário psicológico e uma entrevista de aprofundamento que associe anamnese e entrevista de representação do trabalho. Objetivando exemplificar, discutamos dois instrumentos:

- O MINESOTA MULTIFASIC PERSONALITY INVENTARY (MMPI):

Pela segunda metade do século XIX, os transtornos mentais passaram a ser divididos em orgânicos e funcionais, e a ênfase das pesquisas passou a ser neurofisiológica. Kraepelin (1856-1926), que construiu uma classificação concebendo a doença mental como exagero ou diminuição de certas características ditas normais, é paradigma da época. A doença é rotulada como objetiva (observada pelo médico) e subjetiva (relatada pelo cliente), sendo a não coincidência dos rótulos atribuída à simulação ou dissimulação por parte do cliente.

Esta é a matriz teórica que norteou a criação do MMPI, instrumento objetivo de avaliação, elaborado no final da década de 30, para medir traços de personalidade, por Hathaway & McKinley, pesquisadores da Universidade de Minesota. O inventário é composto de 566 itens afirmativos de auto-referência, que o examinando avalia se se aplica ou não a ele. Sampaio, Codo & Hitomi (np.b) testaram vários instrumentos com as características de inventário, resposta estruturada e objetividade, optando pelo MMPI. Os outros não se diferenciam dele quanto à matriz teórica, quanto às dificuldades de superar fossos culturais e sociais, quanto à estrutural dificuldade de tomar qualidades como

se fossem quantidades. O MMPI tem a vantagem do grande uso internacional, apresentando grande sensibilidade e extraordinária discriminatividade.

Como consta em Graham (1987), Hathaway & McKinley utilizaram um processo de codificação empírica na construção das diversas escalas do MMPI. Os itens foram retirados de histórias de caso, informes psicológicos e psiquiátricos, escalas de atitude, e distribuídos por 26 categorias, entre as quais estado geral de saúde, sintomas neurológicos, motilidade, ocupação, sensibilidade, atitudes sexuais etc., até serem constituídas as atuais escalas.

O segundo passo constou da seleção de grupos para o estabelecimento de discriminações, símile a estudos caso-controle: grupo 'normal' e grupo 'clínico', este último constituído por doentes representativos das principais categorias diagnósticas. Os diferentes subgrupos correspondem às escalas clínicas atuais: hipocondria, depressão, histeria, desvio psicopático, paranóia, psicastenia (obsessividade), esquizofrenia, hipomania.

A nona escala, masculinidade/feminilidade, tenta definir orientação sexual por papel social dos sexos. A décima escala, de introversão social, foi publicada por Drake em 1946, incluindo-se entre as básicas a partir da segunda edição do manual e incorporando avanços no que diz respeito à orientação do sujeito para si ou para o grupo. Estas escalas trazem complicações especiais hoje em dia, pelo peso da mudança dos valores sociais e pelo peso da ideologização.

Por fim, foram desenvolvidas quatro escalas de validade, com o propósito de detectar desvios da curva normal: A escala "?", de ''não sei dizer'', refere-se ao número de itens em branco ou respondidos duplamente. Um número grande de itens omitidos introduz extrema imprecisão. A escala ''L'', de ''mentira'', detecta uma atitude ingênua ou tentativa de disfarçar alguma característica considerada debilidade pessoal. A escala ''F'' busca descontar erros e detectar indivíduos que enfocam a tarefa de resolver a prova diversamente da prevista pelos autores. A escala ''K'' foi desenvolvida para avaliar a defensividade clínica e a possibilidade de patologia latente.

Após décadas de uso clínico, estudos de validação e uma bibliografia que vai a mais de dez mil publicações, os problemas fundamentais do inventário estão claros: alguns referem-se a seu próprio fundamento, numa crítica de fundo ao modelo kraepeliniano; outros referem-se ao problema da representação quantificada de uma qualidade (a pontuação das escalas, os estudos estatísticos que tomem estas pontuações como quantidades discretas *per se*); ainda outros referem-se ao problema da capacidade descritiva *versus* capacidade de julgamento, pois aquilo que identifica e retrata pode ser uma reação conjuntural, um traço constante tolerado na personalidade ou uma doença.

Hoje, a clínica, por influência principalmente da Psicanálise e da Fenomenologia, valoriza muito menos a denominação diagnóstica. A evidência acumulada sugere que a nosologia psiquiátrica não é tão útil quanto o diagnóstico médico, é apenas um nome para o transtorno. Por isso é possível utilizar o MMPI de modo diferente, tratando cada escala como um fenômeno desconhecido, a ser qualificado através da experiência clínica ou de alguma outra tática de abordagem individual, significando o fenômeno através da história de vida e das inserções de classe e de cultura.

É possível afirmar que, embora o MMPI não tenha tido êxito no propósito de precisar diagnósticos diferencias, é cabível a utilização dos perfis obtidos para gerar descri-

ções e inferências sobre os indivíduos. A sua capacidade limitada de julgamento passa aqui a ser vantagem e o sujeito deixa de ser um indivíduo para ser um coletivo. De instrumento clínico a instrumento epidemiológico, até bastante discriminatório, pois revela qualidade de tendências, não apontando, grosso modo, apenas a discriminação sadio/doente.

Tradução, padronização e validação para o Brasil ocorreu em fins da década de 60 (Benko & Simões, s/d) e, desde então, caderno de proposições, folha de respostas, folha de apuração e crivos de apuração para forma de aplicação coletiva vêm sendo publicados pelo Centro de Psicologia Aplicada (CEPA).

• A ENTREVISTA DE APROFUNDAMENTO CLÍNICO E REPRESENTAÇÃO DO TRABALHO (EART):

A bibliografia sobre a relação clínico/cliente e sobre a entrevista clínica oscila entre a burocracia (modelos de preenchimento sistemático obrigatório para a memorização de alunos), o *laissez faire* (espontaneidade, contratransferência e sensibilidade do clínico seriam seu instrumento) e a pontualidade pragmática (muitos instrumentos específicos para cada sintoma). Como demonstram Sampaio, Codo & Hitomi (np.a), de reconstrução globalizadora de história a anamnese se volveu métrica de sintomas, congeladora de aparências, fetichizadora.

Os manuais (Alexander, Solomon, Kaplan, Betta, Insua, Spoerri, Van den Berg, Nobre de Melo, Paim, Frota Pinto, Miranda Sá Jr.) mais usados no ensino psiquiátrico brasileiro submetem rigorosa e coerentemente a entrevista clínica ao modelo psicopatológico que defendem, não discutindo a história do instrumento e o relacionamento entre suas mudanças e as mudanças dos modelos psicopatológicos.

O conjunto de títulos arrolados pelo *Index Medicus* (*Cumulated. Subject Index*) de 1979 a 1988, sob as rubricas *Interview* (241 títulos) e *Psychological Interview* (306 títulos), concentra 65% do interesse em questões técnicas (tipo e duração de treinamentos, custos de treinamento e aplicação, extensão, validação, normalização, uso de gravador, vídeo, telefone, computador), 27% do interesse em questões mais estruturais, tais como isolamento de objetivos específicos (AIDS, alcoolismo, drogadictos, gestantes, depressão, ansiedade, psicose etc.) ou suposto impacto de variáveis socioculturais (divergência ou convergência de raça, classe, sexo, idade, entre entrevistador e entrevistado), restando 0,8% para uma gama variada de outros interesses, entre eles os históricos.

Considerando as necessidades de revitalizar a anamnese psicológico/psiquiátrica, de testar o inventário psicológico aplicado às populações constituídas, de avaliar paralelamente outras hipóteses teóricas (lugar da família e da inserção no mundo do consumo, por exemplo), de contrapor representações (do pesquisador sobre o sujeito e do sujeito sobre si mesmo) e de captar o modo como o trabalho comparece na subjetividade do trabalhador, O prof. José Jackson Coelho Sampaio desenvolveu um instrumento, denominado Entrevista de Aprofundamento e Representação do Trabalho (EART), com quatro módulos:

1º) exame clínico clássico (kraepeliniano, senão perder-se-ia a possibilidade de testar os resultados globais do MMPI);

2º) quarenta questões fechadas, registro de resposta realizado pelo pesquisador, permitindo quantificações descritivas. As questões identificam o sujeito segundo idade,

sexo, escolaridade, migração, moradia, renda, profissão, hábitos de consumo, família de origem, família constituída, religião, *hobbies*, sindicalismo, política partidária, seguros;

3º) quatorze questões abertas, registradas diretamente ou transcritas de gravação, permitindo qualificação de idéias e atitudes. O arco das questões cobre concepções sobre a própria personalidade, relação com saúde/doença, sexualidade, família de origem, família constituída, apetite, religião, *hobbies*, sindicalismo, política partidária, história de trabalho, *locus* de controle, projeto de futuro;

4º) vinte questões semifechadas, registro de resposta pelo pesquisador, permitindo qualificação das concepções sobre trabalho. O objetivo é identificar representação sobre rotina de trabalho, organização da empresa, hierarquia, ritmo, matéria-prima, produto, processo de produção, salário, regime de contratação, salários secundários, lucro da empresa, normas internas de conduta, jornada de trabalho, riscos sanitários.

A anamnese não deve substituir um enviesamento por outro. É preciso integrar os espaços de organização da identidade (corpo, família, infância, sexualidade, trabalho), aceitar a discriminatividade colocada pelas teorias que se ocuparam primariamente de corpo, família, infância e sexualidade, oferecendo a discriminatividade considerada para trabalho: matéria-prima, gesto, tarefa, processo, atividade, produto, divisão técnica, hierarquia, salário, jornada, instrumento, controle, saber, marca, modo de produção.

Uma anamnese, qualquer que seja, não explica o mundo. Apenas sistematiza discursos, expressa e organiza as representações que clínico e cliente fazem do cliente e de seus eventos vitais. Na consciência não se encontra dor gástrica, mas uma representação da dor gástrica, com julgamento de transcendência e do estatuto social do corpo, da dor e do sujeito.

## PROCEDIMENTOS INSTRUMENTAIS

O uso do MMPI e da EART foi manualizado por Sampaio, Ruiz & Borsoi (1991a, 1991b), como se resume a seguir:

• O MMPI é aplicado à totalidade do grupo de estudo intencionalmente estabelecido, constituindo nível censitário da construção do perfil de características psicológicas e psicopatológicas.

• Realizada aplicação, digitação e cálculo, imprimir lista de inventários de modo a constar total de sujeitos aplicados, código de cada sujeito, sexo, idade, setor, função, tempos de profissão, de empresa, de função, classificação de resultados e resultados das escalas.

• A primeira discriminação consta da definição de população epidemiológica (total do grupo de estudo), população epidemiológica efetiva (total dos que responderam ao inventário, excluindo recusas e faltosos de vários tipos) e população de inventários validados (total de inventários sobre os quais há segurança analítica). A cada perda avaliar o que foi perdido.

• Classificação de resultados:

INVALIDADO (II) – a subpopulação que tiver inventário com pelo menos uma escala de validação pontuada de 70 para mais será considerada invalidada numa primeira leitura. Qualificar este achado do seguinte modo – se invalidação em "?", manter invali-

dado; se invalidação em "F", avaliar a Taxa de Randomização, caso seja de 4 a mais manter invalidado; se invalidação por "K" ou "L", avaliar o perfil clínico, se normal manter invalidado.

VALIDADO NORMAL (VN) – subpopulação de validados que tiver sujeitos com as escalas clínicas pontuadas até 59, excetuando a escala Pa onde a pontuação Normal restringe-se à faixa de 30 a 59. Também será incluído em (VN) qualquer sujeito que tenha apenas uma escala clínica pontuada de 60 a 69.

VALIDADO RISCO (VR) – subpopulação de validados com mais de uma escala clínica em *border line*, isto é, pontuadas de 60 a 69.

VALIDADO PROBLEMÁTICO (VP) – a subpopulação de validados com pelo menos uma escala clínica em patológico, isto é, pontuada de 70 a mais. No caso da escala Pa, incluir a pontuação de 29 para menos.

• Este arranjo de populações permite abandonar a denominação por escala e/ou por sujeito, para denominar grupo, e visa ultrapassar a frágil capacidade de julgamento de valor que o MMPI tem. Sabemos de seu grande poder descritivo e de sua baixa capacidade de julgamento (será traço de personalidade? reação conjuntural? doença?). O reconhecimento ou não da existência de suspeita real de patologia fica para o nível de aprofundamento.

• Proceder então à primeira análise geral. Tomar todos os sujeitos, sem distinção de grupos de função, e identificar a proporção de Invalidados. Teremos a primeira característica para entendimento baseada na distância que o grupo estiver do tolerado pelo cânone do MMPI = até 20%.

• Proceder ao estudo do subgrupo INVALIDADO, por distribuição e tipo. Ele não será utilizado na configuração do perfil psicológico/psicopatológico do grupo, mas constituirá estrato para amostrar sujeitos para a EART.

• Proceder ao estudo do subgrupo VALIDADO:

As proporções gerais de (VN), (VR) e (VP). Depois como estas distribuições se comportam discriminando os cortes que o perfil demográfico e de produção houver oferecido.

Tomar o (VP) geral como Prevalência de Suspeita de Sofrimento Psíquico (PSSP). Retiramos (VR) da PSSP pela sua própria ambigüidade, pois constitui subpopulação sobre a qual não se pode afirmar serem (VN) ou (VP) e por não desejar inflacionar mais ainda os resultados do MMPI: já sabemos que tende para o falso positivo (estudos-piloto apontaram para 12% de falso positivo). Proceder à comparação desta prevalência com as prevalências nacionais ou regionais de doença mental que a literatura ofereça. O Ministério da Saúde (MS) oferece alguns dados gerais sobre prevalência de doença mental na população brasileira: variaria de 12% a 21%. Podemos categorizar a PSSP do seguinte modo: inferior a 10,5% = baixa; de 10,5% a 21% = média; 21% a 31,5% = alta; de 31,5% a mais = altíssima.

Em seguida, avaliar as escalas comprometidas prevalentes de (VR) + (VP), configurando subpopulação NÃO NORMAL. Serão consideradas prevalentes aquelas escalas que estiverem afetadas em mais de 50% dos sujeitos que componham esta subpopulação. Então, testar proporções de comprometimento de escala segundo corte que o perfil demográfico e de produção houver oferecido.

• O estudo de NÃO NORMAL (NN) segue os seguintes eixos:

A proporção de NN é difusa ou marcada? Será difusa aquela que não oferecer nenhuma escala comprometida afetando até 50% dos sujeitos do grupo, e marcada a que tiver escalas que superem esta marca. A marcação será especializada ou sindrômica? Especializada se uma única escala superar os 50%, sindrômica se houver associação de escalas superando a marca.

Qual ou quais as escalas prevalentes, marcantes? Daí proceder à análise clínica da(s) escala(s) prevalente(s).

• Com o perfil de características psicológicas e psicopatológicas construído parcialmente, levantar hipóteses sobre a formação do perfil encontrado, a serem testadas no nível de aprofundamento e na análise do perfil de produção.

• A seleção de sujeitos para o nível de aprofundamento crítico será intencional (proporção de quem apresente a(s) tendência(s) prevalente(s) encontrada(s) no estudo e proporção dos que não a(s) apresente(m)) e resultará em estudo duplo cego (o sujeito e o aplicador da EART não sabem de qual subpopulação o sujeito foi escolhido).

• A EART consiste em um protocolo modular de entrevista: Primeiro módulo) exame mental clássico. Segundo módulo) questões fechadas de identificação, elementos de consumo, questões fechadas de história de vida e de trabalho, modos de reapropriação. Terceiro módulo) questões abertas sobre representação da própria personalidade, família de origem, família constituída, vida sexual, apetite, sono, trabalho, projetos, *locus* de controle, modos de reapropriação. Quarto módulo) questões semi-estruturadas sobre elementos e significado subjetivo (representação) do trabalho.

• A EART é aplicada à amostra intencional do grupo de estudo, com magnitude aproximada de 10% – 15% da população que se submeteu ao inventário psicológico, constituindo nível de aprofundamento do perfil epidemiológico (características psicológicas e psicopatológicas), para teste clínico do inventário, levantamento de elementos ligados a perfil de consumo, das operacionalizações concretas de tendências identificadas no nível censitário e das representações (subjetividade) que o trabalhador constrói sobre seu próprio trabalho.

• As entrevistas poderão ser gravadas, caso o trabalhador não recuse a técnica, ou registrada pelo aplicador simultaneamente à fala do entrevistado. Uma tática possível seria o aplicador preencher o segundo (45 questões fechadas) e o quarto módulo da EART (45 questões semi-estruturadas), gravando o discurso livre desenvolvido tendo por base as 14 questões abertas do terceiro módulo e deixando o primeiro módulo para ser preenchido após o fim da entrevista, na ausência do entrevistado.

• Realizada aplicação e transcrição, mandar imprimir de modo que conste nome, número do sujeito e número do estrato do qual ele foi retirado. Daí procedendo-se a dez processos de análise, pela equipe de pesquisa:

1º) Submeter cada entrevista (terceiro módulo) a três leituras – cursiva, analítica e crítica. Destacar elementos que chamem atenção, para uso futuro. O objetivo é ter textos dominados pelo interpretador.

2º) Ajuntar o total de elementos fechados de identificação (segundo módulo) para quantificação, estatística simples, descritiva de proporções, e checagem da seleção.

3ª) Ajuizar inclusão dos sujeitos entrevistados entre ocorrência ou não de sofrimento psíquico estruturado (primeiro módulo) e checar se confere ou não com o julgamento realizado pelo inventário psicológico. O objetivo é clínico e de teste de instrumento. Este ajuizamento será de responsabilidade de médico psiquiatra. Lembrar que este nível é de aprofundamento, muito mais próximo dos sujeitos concretos, mas não é estudo individual de caso. O cruzamento de resultados da EART nas linhas (N, NN) e de resultados do MMPI nas colunas (N, NN) permite investigar falso positivo, falso negativo, sensibilidade, especificidade, prevalência real e aparente.

4ª) Estudo das 14 questões abertas (terceiro módulo), entrevista por entrevista. Busca da lógica de cada sujeito, como aborda as questões, que padrão de resposta pode ser aferido. Procedimento: destacar conceitos e categorias que o sujeito usa para responder a cada questão; destacar frase ou frases paradigmáticas do modo como o sujeito respondeu a cada questão; apresentar conceitos e categorias de ajuizamento preliminarmente efetuado pelo interpretador.

5ª) Estudo de cada uma das 14 questões abertas (terceiro módulo), transversalmente, comparando como cada sujeito as respondeu. O procedimento analítico já foi efetuado para o quarto processo, aqui o objetivo é comparar, buscando estabelecer uniformidades e contradições entre os sujeitos, para cada uma das questões.

6ª) Retirar os elementos ligados a perfil de consumo para contrapor ao perfil de produção já constituído. O objetivo é julgar a relação de linearidade ou não entre perfil de produção da amostra e perfil de consumo do grupo.

7ª) Destacar as perguntas fechadas (segundo módulo) e as perguntas abertas (terceiro módulo) que digam respeito aos modos de reapropriação para discussão à parte, comprovando ou não as hipóteses levantadas quando do estudo singular do perfil de produção.

8ª) Estudo do quarto módulo, buscando a lógica de cada sujeito.

9ª) Estudo do quarto módulo, buscando comparar os sujeitos.

10ª) Comparação daquilo que os trabalhadores estão afirmando sobre suas condições de trabalho com aquilo que a hierarquia da empresa afirmou nas entrevistas de Sociologia do Trabalho.

11ª) Escolha intencional dos sujeitos para estudo individual de caso, considerando o fato de serem paradigmáticos das tendências encontradas e compreendidas. O estudo individual de caso se estrutura como uma psicoterapia, com duas sessões semanais de 1h cada uma, por seis meses. A situação é psicoterápica, mas não caracteriza psicoterapia *stricto sensu*: os sujeitos são escolhidos, motivados a aderir, podendo apresentar ou não suspeita de sofrimento psíquico; há ênfase na dinâmica específica do sujeito no trabalho.

Os instrumentos, sobretudo o MMPI, são provisórios. Um instrumento censitário, desenhado para estudos quantitativos, oferece o que se lhe pede: tendências, probabilidades. Daí a escolha recair sobre aquele que possa garantir operacionalidade e discriminatividade. O MMPI perde em operacionalidade, principalmente quando nos aproximamos dos grupos profissionais menos escolarizados; contudo, ganha em ductilidade, pois incorporou a concepção kraepeliniana de doença e se reformatou através do impacto da Psicanálise, da Sociologia Funcionalista Norte-Americana e de desdobra-

mentos da Escola de Frankfurt (sua subescala Preconceito foi elaborada por colaboradores de Adorno na pesquisa sobre personalidade autoritária).

Os instrumentos, sobretudo o MMPI, são provisórios. Somente o desenvolvimento da área permitirá a construção de um instrumento próprio. Mas convém lembrar duas recomendações: a de Adorno (1950), para quem a realidade, sobretudo a psicossocial, jamais se deixa apreender por um nível analítico e por um instrumento; a de Leontiev (1978), para quem qualquer instrumento é sempre pretexto para estruturar uma situação, sendo as reações à situação aquilo que realmente deve-se estudar.

# GLOSSÁRIO

ALIENAÇÃO – conceito que sintetiza as experiências de expropriação das possibilidades de objetivação do ser humano. Estranhamento e antagonismo entre produtor e produto, criador e criatura, cuja fonte se encontra nas relações de produção. Ocorre expansão e universalização da alienação sob o capitalismo por conta de um processo histórico que tem produzido, sucessiva e simultaneamente, divisão do trabalho, assalariamento, terceirização (crescimento do setor de comércio e serviços da economia), burocracia, trabalho morto (embutido nas máquinas), produto abstrato, financeirização e capital morto (especulativo).

CATEGORIA PROFISSIONAL – unidade empírica de estudo que constitui população significativa para o nível epidemiológico de análise; unidade estruturadora de identidade para a Psicologia Social; e força de trabalho em atividade para a Sociologia do Trabalho. Grupo que compartilha idênticas condições de reprodução social e representações de si e do mundo, o que permite associar os fenômenos sanitários com o modo como produzem as condições de existência.

DIALÉTICA – método de produção de conhecimento capaz de colher, representar e construir o real, que implica uma lógica que integra e supera a lógica formal, sobretudo o conceito de causalidade, articulando investigação, interpretação e exposição. O método apresenta variantes pré-marxianas, marxianas, marxistas e não marxistas, mas, no geral, caracteriza-se pelo conceito de totalidade (reproduz condições, fatores e processos do fenômeno e apresenta perspectiva de interpretação capaz de revelar formação, formas de expressão e efeitos de um empírico historicamente saturado) e pela busca de garantia de preservação do valor heurístico dos dados, revelando o concreto como processo marcado por um movimento do real e um movimento da razão, em relação recíproca e determinada. O método preserva, sem polarizar, as tensões unidade/totalidade, imediato/mediato, essência/aparência, geral/particular, abstrato/concreto, indutivo/dedutivo e sincrônico/diacrônico. Constitui o melhor método para estudo dos fenômenos sociais, pois permite a análise dos processos recorrentes em conexão com mecanismos regulares de mudança, além de explicar relações, regularidades e modificações dos fenômenos nas condições efetivas de suas produções. É necessário destacar a dimensão política do método, porque busca compreender para transformar e exige que a teoria, desafiada pela prática, permanentemente se repense.

EPIDEMIOLOGIA – é uma ciência social, empírica, prática, que estuda distribuição, determinação e modo de expressão, para fins de prevenção, planejamento e produção de conhecimento de qualquer elemento do processo saúde/doença, hierarquizando valores (que permitem diferentes possibilidades de saúde e sobrevivência) e contravalores (que permitem diferentes possibilidades de doença e morte) em relação a momento histórico e população significativa. A investigação epidemiológica objetiva construir perfil de ca-

racterísticas sanitárias e perfil de reprodução social (produção + reprodução) dos diferentes grupos socioeconômicos (classe social realizada no cotidiano dos agentes produtivos), buscando, criticamente, compreender o primeiro pelo segundo.

IDEOLOGIA – conjunto de normas e princípios que orienta, sustenta e justifica teoricamente a ação das classes sociais, desenvolvido e/ou incorporado pelo indivíduo em sua ação cotidiana, ocultando fonte externa, historicidade e parcialidade. A ideologia está explícita, revelada logicamente no discurso; defendida, mas descontextualizada de sua parcialidade; e implícita, vivida como criação interna, naturalizada e eternalizada. A principal característica da ideologia é sua função prática de fazer a vida ser levada sem sofrimentos e sem evidência dos interesses supra-individuais em ação.

INSTITUIÇÃO MEDIADORA – organização humana permanente que repassa e produz informação e formação: Família, Escola, Mídia, Empresa, Partido Político, Igreja etc. Instância necessária de mediação indivíduo/sociedade, em organizações sociais complexas, que constitui, portanto, unidade estruturadora de identidade. Dependendo do modo de produção e da organização, uma delas pode se destacar, exercendo papel mais universal e concretamente determinante.

MODO DE REAPROPRIAÇÃO – conceito que expressa as tentativas de entender, superar, evitar ou tornar suportáveis sofrimentos psíquicos oriundos do antagonismo subjetividade/objetividade. A cada momento que a relação subjetividade-objetividade (s-o) tende para a ruptura aparencial, a insuportabilidade da experiência vazia de significados obriga a recuperação ou construção de significados, o que terá especificidades em acordo com os grupos de convivência histórico/estrutural. A categoria se insere na rede de determinações do processo saúde/doença mental: diacronia-alienação-ideologia-contradição-sofrimento psíquico-antagonismo-modos de reapropriação-saúde/doença mental.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO – conjunto de características dominantes, de um grupo em estudo, qualificado em seu perfil de produção, ligadas ao processo saúde/doença. No caso específico deste estudo, ligadas ao processo saúde/doença mental (características psicológicas e psicopatológicas).

PERFIL DE PRODUÇÃO – conjunto de características dominantes ligadas ao modo como um determinado grupo se insere no mundo do trabalho, no mundo da produção (processo de trabalho, jornada de trabalho, salário) e produz suas condições de existência, donde especifica qualidade de vida.

PERSONALIDADE – momento interno da atividade e do trabalho humanos, aspecto e produto da atividade e do trabalho, conformadora de certa unidade irrepetível. Personalidade é a concretude do sujeito, é o sujeito da atividade e do trabalho, expressão concreta da consciência individual, que por sua vez se expressa como saúde mental/sofrimento psíquico/doença mental. Contém elementos mais ou menos dinâmicos, os primeiros permitem a mudança no correr da vida individual, permitem que a personalidade prossiga se modificando enquanto houver vida; os segundos autorizam a identificação do ontem com o hoje, cristalizam-se em torno de permanências que podemos chamar de identidade.

POPULAÇÃO SIGNIFICATIVA – grupo de seres humanos que compartilha condições similares de reprodução social; logo, produção e consumo semelhantes, representações de si

e do mundo compartilhadas, o que permite associar, qualificadamente, os fenômenos estudados. Categoria mediadora de população – classe social, empírico-teórica, que melhor permite operacionalizar a heterogeneidade histórico-estrutural da vida social.

PROCESSO SAÚDE/DOENÇA - processo dinâmico, particular, de expressão das condições de vida de uma população qualificada, em determinada organização social. Representa as diferentes qualidades do processo vital e as diferentes competências para enfrentar desafios, agressões, conflitos, mudanças. Inclui os estados vitais e suas representações mentais. No caso do processo saúde/doença mental, tanto os estados como as representações são conteúdos da consciência, obrigando, portanto, distinções: normal/não normal, sintoma/doença, doença mental/alienação, personalidade/sofrimento psíquico/doença.

PSIQUISMO – imagem subjetiva da realidade objetiva, que se desenvolve nos antropóides, incorporando e superando em complexidade o reflexo psíquico existente nos seres inferiores. O reflexo psíquico representa arco reflexo estímulo-resposta, envolvendo reação e espelhamento, de caráter ativo, que permite ao ser construir percepções através dos órgãos de sentido. Subjetivo e objetivo são qualidades diferentes do mesmo mundo material, produto e condição dos vínculos entre organismo e meio, que, nos seres humanos, adquire a forma qualitativamente particular denominada consciência. A consciência aparece complexa, desenvolvida, mediadora e mediada, como produto social, nos seres humanos, em relação com atividade lúdica, linguagem e trabalho.

TRABALHO – complexo de atividades que resulta na apropriação da natureza pelo homem, revestindo-se de formas específicas a cada modo de produção e de organização social. Apresenta, no capitalismo, uma dupla e contraditória natureza: concreta (atos necessários à criação de um determinado produto ou utilidade) e abstrata (tempo socialmente necessário para a produção de uma mercadoria). O trabalho gera utilidade, mercadoria e relações sociais; parte de um projeto e transforma o transformador.

# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS


ADORNO, T. W. *The Authoritarian Personality*. New York: Harper & Row, 1950.

ALMEIDA FILHO, N. Problemas e perspectivas atuais da pesquisa epidemiológica em medicina social. In: SOUZA, C. A. M. & TADDEI, J. A. A. C. (Org.) *Textos em Epidemiologia*. Brasília: Seplan/CNPq, 1984.

ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia social das desordens mentais/revisão da literatura latino-americana. In: TUNDIS, S. A. & COSTA, N. R. (Org.) *Cidadania e Loucura/Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1987.

ALMEIDA FILHO, N. Bases históricas da epidemiologia. In: ROUQUAYROL, M. Z. (Org.) *Epidemiologia & Saúde*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1988.

ALMEIDA FILHO., N. O problema do objeto de conhecimento na epidemiologia. In: COSTA, D. C. (Org.) *Epidemiologia/Teoria e Objeto*. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1990.

ALMEIDA FILHO, N. & ROUQUAYROL, M. Z. *Introdução à Epidemiologia Moderna*. Rio de Janeiro: APCE/Abrasco, 1990.

ALMEIDA FILHO, N.; SANTANA, V. S. & MARI, J. J. *Princípios de Epidemiologia para Profissionais de Saúde Mental*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1989.

ALTHUSSER, L. *Aparelhos Ideológicos de Estado*. Rio de Janeiro: Graal, 1983.

ANDERSON, P. *A Crise da Crise do Marxismo/Introdução a um Debate Contemporâneo*. 3ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1987. (Coleção Primeiros Vôos)

ANDERSON, P. *Considerações sobre o Marxismo Ocidental*. São Paulo: Brasiliense, 1989.

ANNA-FREUD. *O Ego e os Mecanismos de Defesa*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978. v.6.

ANTUNES, C. M. F. Tipos de investigação epidemiológica. In: SOUZA, C. A. M. & TADDEI, J. A. A. C. (Org.) *Textos em Epidemiologia*. Brasília: Seplan/CNPq, 1984.

BARRETO, M. L. A epidemiologia, sua história e crises/notas para pensar o futuro. In: COSTA, D. C. (Org.) *Epidemiologia/Teoria e Objeto*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1990. (Coleção Saúde em Debate, 32)

BARROS, M. B. A. *Saúde e classe social/um estudo sobre morbidade e consumo de medicamentos*, 1983. Tese de Doutorado, Ribeirão Preto: DMS/FMRP/Universidade de São Paulo.

BARROS, M. B. A. A utilização do conceito de classe social nos estudos dos perfis epidemiológicos/uma proposta. *Revista de Saúde Pública*, 20(4):269-273, 1986.

BASAGLIA, F. *A Instituição Negada*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BEAUCHESNE, H. *História da Psicopatologia.* São Paulo: Martins Fontes, 1989. (Coleção Ensino Superior)

BENKO, A. & SIMÕES, R. J. P. (Org.) *Manual de Psicologia Aplicada/Inventário Multifásico Minesota de Personalidade e Padronização Brasileira.* São Paulo: Centro de Psicologia Aplicada, s. d.

BLEGER, J. (Org.) *Psicologia Concreta/Escritos Psicológicos de Georges Politzer.* Buenos Aires: Jorge Alvarez SRL, 1965. 3 tomos.

BOTTOMORE, T. *Dicionário do Pensamento Marxista.* Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

BREILH, J. *La Epidemiologia entre Fuegos.* Quito: Documentos Ceas, 2, 1987.

BREILH, J. *Epidemiologia, Economia, Medicina y Politica.* 4ª ed. México: Fontamara, 1988.

BREILH, J. & GRANDA, E. *Investigação da Saúde na Sociedade/Guia Pedagógico sobre um Novo Enfoque do Método Epidemiológico.* São Paulo: IS/Abrasco, 1986.

BREILH, J. et al. *Deterioro de la Vida/Un Instrumento para Análises de Prioridades Regionales en lo Social y la Salud.* Quito: Corporacion Editora Nacional, Biblioteca de Ciências Sociales, 1990. v.28.

BRETT, G. S. *História de la Psicologia.* Buenos Aires: Paidós, Biblioteca de História de la Psicologia, 1972. n.1.

BRISSON, C.; LOOMIS, D. & PEARCE, N. Is social class standardization appropriate in occupational studies? *Journal of Epidemiology and Community Health,* 41(4):290-294, 1987.

CAMPANA, A. K. *Aspectos Metodológicos de la Investigación/El Manejo del Objeto Personalidad.* Quito: Documentos Ceas, 7, 1988.

CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1982.

CARDOSO, F. H. O método dialético na análise sociológica. *Revista Brasileira de Ciências Sociais,* 2(1), 1962.

CARONE, I. *Teoria Crítica e Psicologia Social/O Impacto do Instituto de Pesquisa Social na Investigação Psicossocial.* São Paulo: Ed. PUC, 1986. (Coleção Pré-Print)

CHAUI, M. S. *O que é Ideologia?* São Paulo: Brasiliense, 1984. (Coleção Primeiros Passos, 13)

CODO, W.; SAMPAIO, J. J. C. & HITOMI, A. H. *Indivíduo, Trabalho e Sofrimento.* Petrópolis: Vozes, 1993.

COOPER, B. & MORGAN, M. G. *Epidemiologia Psiquiátrica.* Madrid: Patronato Nacional de Assistência Psiquiátrica, 1973.

COSTA, J. F. *História da Psiquiatria no Brasil.* 3ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 1981.

COUTINHO, E. S. F. Epidemiologia e psiquiatria. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria,* 36(2):69-76, 1987.

CUNHA, A. G. *Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa.* Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1982.

DICIONÁRIO de Sociologia. 6ª ed. Porto Alegre: Globo, 1977.

DURKHEIM, E. O *Suicídio*. In: ___ . São Paulo: Abril Cultural, 1978. (Coleção Os Pensadores)

ENCYCLOPAEDIA Britannica. Chicago/London: Encyclopaedia Britannica Inc., 1979.

ENGELS, F. *A Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra*. 2ª ed. São Paulo: Global, 1988.

FANON, F. *Les Damnés de la Terre*. 2ª ed. Paris: Maspero, 1978.

FERREIRA, A. B. H. *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

FOUCAULT, M. *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, M. *O Nascimento da Clínica*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1980.

FOX, A. J.; GOLDBLATT, P. O. & JONES, D. R. Social class mortality diferentials: artefact, selection or life circunstances? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 39(1):01-08, 1985.

FREEMAN, H. & GIOVANNONI, J. M. Social psychology of mental health. In: LINDZEY, G. & ARONSON, E. (Ed.) *The Handbook of Social Psychology*. 2nd ed. London: Addison-Wesley, 1968. 5th v.

GODELIER, M. O marxismo e a ciência dos homens. In: HOBSBAWN, E. J. (Org.) *História do Marxismo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983. 12 v., v.11.

GOLDBERG, M. Cet obscur objet de l'epidemiologie. *Sciences Sociales Et Santé*, 1, Toulouse: Érès, 1982.

GOLDMANN, L. Epistemologia de la sociologia. In: PIAGET, J. et al. (Org.) *Epistemologia de las Ciências Humanas*. Buenos Aires: Proteo, 1972.

GORDON, J. E. Epidemiologia/vieja y nueva. In: OMS/OPS (Org.) *El Desafio de la Epidemiologia/Problemas y Lecturas Seleccionadas*. Publicación Científica, n.505, 1988.

GOUGH, H. G. Studies of social intolerance II/A personality scale for anti-semitism. *Journal of Social Psychology*, 33:247-255, 1951.

GRAHAM, J. R. *MMPI/Guía Práctica*. México: El Manual Moderno, 1987.

GRAMSCI, A. Americanismo e fordismo. In: *Maquiavel, a Política e o Estado Moderno*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1984. n.35.

GRANDA, E. *Método Epidemiológico/Conocimiento y Política*. Quito: Documentos Ceas, 3, 1987.

GURVITCH, G. *As Classes Sociais*. São Paulo: Global, 1982. (Coleção Bases, 44)

HABERMAS, J. *Conhecimento e Interesse*. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

HIPÓCRATES. Aphorisms. In: *Great Books of the Western World*. London: Encyclopaedia Britannica Inc., 1978. n.10.

HITOMI, A. H.; CODO, W. & SAMPAIO, J. J. C. Trabalho e identidade. In: ___ . (Orgs.) *Indivíduo, Trabalho e Sofrimento*. Petrópolis: Vozes, 1993a.

HITOMI, A. H.; CODO, W. & SAMPAIO, J. J. C. Processo de trabalho e construção da subjetividade. In: ___. (Orgs.) *Indivíduo, Trabalho e Sofrimento.* Petrópolis: Vozes, 1993b.

HOBSBAWN, E. J. *Os Trabalhadores/Estudos sobre a História do Operariado.* Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981. (Coleção Pensamento Crítico, 45)

HOBSBAWN, E. J. O marxismo hoje/Um balanço aberto. In: ___. (Orgs.) *História do Marxismo.* Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983. 12 v., v.11.

ILIENKOV, E. Elevarse de lo abstracto a lo concreto. In: *El Capital/Teoria, Estructura y Método.* México: Cultura Popular, s. d.

JANET, P. El estado mental histérico. In: SAURI, J. J. (Org.) *Las Histerias.* Buenos Aires: Nueva Vision, 1975.

JASPERS, K. *Psicopatologia Geral.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1979. 2v.

KAPLAN, H. I. & SADOCK, B. J. *Compêndio de Psiquiatria Dinâmica.* 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

KOLB, L. C. *Psiquiatria Clínica Moderna.* 4ª ed. México: Prensa Médica Mexicana, 1973.

KUHN, T. S. *A Estrutura das Revoluções Científicas.* São Paulo: Perspectiva, 1975. (Coleção Debates)

LAURELL, A. C. *Processo de Producción y Salud/Una Propuesta Teórico-Metodológica y Técnica y su Utilización en un Estudo de Caso,* 1987, Tesis de Doctorado, México: Facultad de Ciências Políticas y Sociales/UAM Xoximilco.

LEMKAU, P. Mental health services. In: MAXCY-ROSENAU (Ed.) *Preventive Medicine and Public Health.* New York: Appleton-Century-Crofts, 1973.

LEONTIEV, A. N. Actividad, Consciência y Personalidad. Buenos Aires: Ciências del Hombre, 1978.

LILIENFELD, D. E. Definitions of epidemiology. *American Journal of Epidemiology,* 107:87-90, 1978.

LOMBARDI, C. et al. Operacionalização do conceito de classe social em estudos epidemiológicos. *Revista de Saúde Pública,* 22(4):253-265, 1988.

LONGO, G. La aplicacion del método dialéctico a la economia política. In: ___. *El Capital/Teoria, Estructura y Método.* México: Cultura Popular, s. d.

LUCENA, J. Uma pequena epidemia mental em Pernambuco/Os fanáticos do Município de Panelas. *Neurobiologia,* 3:41-91, 1940.

LUPORINI, C. *Dialettica e Materialismo.* Roma: Riuniti, Nuova Biblioteca di Cultura, n.129, 1978.

MACHADO, R. et al. *Danação da Norma/Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil.* Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MARX, K. Las luchas de clases en Francia de 1848 a 1850. In: *Obras Escogidas de Marx & Engels.* Moscou: Progreso, 1978. 3v.

MARX, K. *Para a Crítica da Economia Política.* In: ___. São Paulo: Abril Cultural, 1982. (Coleção Os Economistas)

MARX, K. O 18 de brumário de Luis Bonaparte. In: ___. 3ª ed. São Paulo: Abril Cultural, 1985a. (Coleção Os Pensadores)

MARX, K. *Elementos Fundamentales para la Critica de la Economia Política (1857/58).* 13ª ed. Cidade do México: Siglo Veinteuno, 1985b.

MARX, K. *A Guerra Civil na França.* São Paulo: Global, 1986.

MARX, K. *O Capital/Crítica da Economia Política.* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, s. d. 5v.

MARX, K. & ENGELS, F. *A Ideologia Alemã.* Lisboa: Presença, s. d.

MASSE, L. G. Préface. In: JENICEK, M. (Org.) *Introduction à L'Epidemiologie,* Paris: Maloine, 1976.

MAUSNER, J. S. & BAHN, A. K. Epidemiologia. México: Nueva Editorial Interamericana, 1977.

MAXCY-ROSENAU (Org.). *Preventive Medicine and Public Health.* New York: Appleton-Century-Crofts, 1973.

MAZZAFERO, V. E. & SAUBERT, L. B. *Epidemiologia/Fundamental y Aplicada a la Evaluación de Servicios Hospitalários y Acciones de Salud Pública.* Buenos Aires: El Ateneo, 1976.

MIETTINEN, O. S. *Theoretical Epidemiology/Principles of Occurrence Research in Medicine.* New York: John Wiley & Sons, 1985.

MINAYO, M. C. S. *O Desafio do Conhecimento/Metodologia de Pesquisa Social (Qualitativa) em Saúde,* 1989. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz.

MINAYO, M. C. S. Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. In: Palestra no 1º Seminário de Estudos do Programa de Apoio à Reforma Sanitária. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 1990. (Mimeo.)

MOFFATT, A. *Terapia de Crise/Teoria Temporal do Psiquismo.* 3ª ed. São Paulo: Cortez, 1987.

NAVILLE, P. População ativa e teoria do emprego. In: FRIEDMANN, G. & NAVILLE, P. (Org.) *Tratado de Sociologia do Trabalho.* São Paulo: Cultrix/EdUSP, 1973. 2v.

NOSELLA, M. L. G. D. *Um Debate sobre o Conceito de Ideologia no Marxismo.* Campinas: Pós-Graduação em Educação/Unicamp, 1983. (Mimeo.)

O'CONNOR, J. *USA/A Crise do Estado Capitalista.* Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPS/OMS). 1ª Discusion (Desarollo historico de la epidemiologia). El desafio de la Epidemiologia/Problemas y lecturas seleccionadas. *Publicación Científica,* 505, 1988a.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPS/OMS). 2ª Discusion (De la antigua a la nueva epidemiologia). El desafio de la Epidemiologia/Problemas y lecturas seleccionadas. *Publicación Científica,* 505, 1988b.

PATARRA, N. L. Objeto e campo da demografia. In: SANTOS, L. & SZMERECSANYI, T. (Org.) *Dinâmica da População/Teoria, Métodos e Técnicas de Análise.* São Paulo: T. A. Queiroz, 1980.

PAULO NETTO, J. Prólogo. In: ENGELS, F. (Org.) *A Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra.* 2ª ed. São Paulo: Global, 1988.

PEARCE, N. E. et al. Social class, ethnic group, and male mortality in New Zealand, 1974/1978. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 39(1):09-14, 1985.

POLITZER, G. Psicologia mitológica y psicologia científica, adonde va la psicologia concreta, el bergsonismo/Fin de un alarde filosófico. In: BLEGER, J. (Org.) *Psicologia Concreta/Escritos Psicológicos de Georges Politzer*, Buenos Aires: Jorge Alvarez SRL, 1965. 3 tomos.

PORTE, J. As categorias socioprofissionais. In: FRIEDMANN, G. & NAVILLE, P. (Org.) *Tratado de Sociologia do Trabalho. São Paulo*: Cultrix/Edusp, 1973. 3v.

POSSAS, C. *Epidemiologia e Sociedade/Heterogeneidade Estrutural e Saúde no Brasil.* São Paulo: Hucitec, 1989.

POULANTZAS, N. *Poder Político e Classes Sociais.* 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1986.

PRZEWORSKI, A. *Capitalismo e Social-Democracia.* São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

RODRIGUEZ, N. *As Coletividades Anormais.* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1939.

ROSEN, G. *Locura y Sociedad/Sociologia Histórica de la Enfermedad Mental.* Madrid: Alianza, 1974a.

ROSEN, G. *From Medical Police to Social Medicine/Essays on the History of Health Care.* New York: Science History, 1974b.

ROUQUETTE, C. R.; BREART, G. & PADIEU, R. *Méthodes en Epidemiologie.* 3ª ed. Paris: Flammarion Medecine-Sciences, 1985.

RUMEL, D. *Indicadores de Mortalidade por Categoria Ocupacional e Nível Social, Estado de São Paulo,* 1980/1982, 1987. Dissertação de Mestrado, São Paulo: FSP/Universidade de São Paulo.

SAMPAIO, J. J. C. Saúde mental. In: ROUQUAYROL, M. Z. (Org.) *Epidemiologia & Saúde.* 3ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1988.

SAMPAIO, J. J. C.; CODO, W. & HITOMI, A. H. Loucura e doença mental. In: ____. (Orgs.) *Trabalho e Saúde Mental.* São Paulo: Brasiliense, (np.a).

SAMPAIO, J. J. C.; CODO, W. & HITOMI, A. H. O trabalho na entrevista psiquiátrica. In: . (Orgs.) *Trabalho e Saúde Mental.* São Paulo: Brasiliense, (np.b).

SAMPAIO, J. J. C.; RUIZ, E. M. & BORSOI, I. C. F. *Procedimentos para Uso do MMPI e da EART no Projeto Saúde Mental e Trabalho.* Ribeirão Preto: DPE/FFCLRP/Universidade de São Paulo, 1991a. Manual de treinamento.

SAMPAIO, J. J. C.; RUIZ, E. M. & BORSOI, I. C. F. *Manual de Aplicação da EART em Pesquisas de Saúde Mental e Trabalho.* Ribeirão Preto: FFCLRP/Universidade de São Paulo, 1991b. (Mimeo.)

SANTANA, V. S. *Estudo Epidemiológico das Doenças Mentais em um Bairro de Salvador,* 1982. Dissertação de Mestrado, Salvador: Pós-Graduação em Saúde Comunitária/UFBA.

SANTANA, V. S.; ALMEIDA FILHO, N. & MARI, J. J. Revisão dos estudos epidemiológicos em saúde mental no Brasil (1ª parte). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria,* 37(5):227-231, 1988a.

SANTANA, V. S.; ALMEIDA FILHO, N. & MARI, J. J. Revisão dos estudos epidemiológicos em saúde mental no Brasil (2ª parte). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria,* 37(6):291-295, 1988b.

SANTOS, J. L. F.; LEVY, M. S. F. & SZMERECSANYI, T. (Orgs.) *Dinâmica da População/Teoria, Métodos e Técnicas de Análise.* São Paulo: T. A. Queiroz, 1980.

SANTOS, T. *Conceito de Classes Sociais.* 4ª ed. Petrópolis: Vozes, 1987.

SCHAFF, A. *La Alienación como Fenômeno Social.* Barcelona: Editorial Crítica, 1979.

SÉVE, L. *Marxismo e Teoria da Personalidade.* Lisboa: Livros Horizonte Ltda, 1979. 2.v.

SILVA, L. J. Considerações acerca dos fundamentos teóricos da explicação em epidemiologia. *Revista de Saúde Pública,* 19:377-388, 1985.

SINGER, P. I. & SZMERECSANYI, T. Perspectiva atual do problema. In: SANTOS, T., LEVY, M. S. F. & SZMERECSANYI, T. (Orgs.) *Dinâmica da População/Teoria Métodos e Técnicas de Análise.* São Paulo: T. A. Queiroz, 1980.

SOUGEY, E. B. Evolução dos diagnóstico psiquiátrico. *Neurobiologia,* 51(3):213-222, 1988.

SWEEZY, P. M. El método de Marx. In: ____. *El Capital/Teoria, Estrutura y Método.* México: Cultura Popular, s. d.

SZASZ, T. S. *Esquizofrenia/Símbolo Sagrado da Psiquiatria.* Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

SZMERECSANYI, T. Retrospecto histórico de um debate. In: SANTOS, T., LEVY, M. S. F. & SZMERECSANYI, T. (Orgs.) *Dinâmica da População/Teoria, Métodos e Técnicas de Análise.* São Paulo: T. A. Queiroz, 1980.

SZMERECSANYI, T. & SOUZA, G. A. A. População, força de trabalho e emprego. In: SANTOS, T. LEVY, M. S. T. & SZMERECSANYI, T. (Orgs.) *Dinâmica da População/Teoria, Métodos e Técnicas de Análise.* São Paulo: T. A. Queiroz, 1980.

THENON, J. *Psicologia Dialectica.* 2ª ed. Buenos Aires: Paidós, 1974.

VYGOTSKY, L. S. *A Formação Social da Mente/O Desenvolvimento dos Processos Psicológicos Superiores.* São Paulo: Martins Fontes, 1984.

ZURAYK, H.; HALABI, S. & DEEB, M. Measures of social class based on education for use in health studies in developing countries (Jordan/Lebanon). *Journal of Epidemiology and Community Health,* 41(2):173-179, 1987.

# OUTROS TÍTULOS DA EDITORA FIOCRUZ EM CATÁLOGO[(*)]

- ***Estado sem Cidadãos: seguridade social na América Latina.*** Sônia Fleury, 1994. 249p.
- ***Saúde e Povos Indígenas.*** Ricardo Santos & Carlos E. A. Coimbra (Orgs.), 1994. 251p.
- ***Saúde e Doença: um olhar antropológico.*** Paulo César Alves & Maria Cecília de Souza Minayo (Orgs.), 1994. 174p. 1ª Reimpressão: 1998
- ***Principais Mosquitos de Importância Sanitária no Brasil.*** Rotraut A. G. B. Consoli & Ricardo Lourenço de Oliveira, 1994. 174p. 1ª Reimpressão: 1998
- ***Filosofia, História e Sociologia das Ciências I: abordagens contemporâneas.*** Vera Portocarrero (Org.), 1994. 268p. 1ª Reimpressão: 1998
- ***Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica.*** Paulo Amarante (Org.), 1994. 202p. 1ª Reimpressão: 1998
- ***O Controle da Esquistossomose.*** Segundo relatório do Comitê de Especialistas da OMS, 1994. 110p.
- ***Vigilância Alimentar e Nutricional: limitações e interfaces com a rede de saúde.*** Inês Rugani R. de Castro, 1995. 108p.
- ***Hanseníase: representações sobre a doença.*** Lenita B. Lorena Claro, 1995. 110p.
- ***Oswaldo Cruz: a construção de um mito na ciência brasileira.*** Nara Britto, 1995. 111p.
- ***A Responsabilidade pela Saúde: aspectos jurídicos.*** Hélio Pereira Dias, 1995. 68p.
- ***Sistemas de Saúde: continuidades e mudanças.*** Paulo M. Buss e Maria Eliana Labra (Orgs.), 1995. 259p. (co-edição com a Editora Hucitec).
- ***Só Rindo da Saúde.*** Catálogo de exposição itinerante de mesmo nome, 1995. 52p.
- ***A Democracia Inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária brasileira.*** Silvia Gerschman, 1995. 203p.
- ***Atlas Geografico de las Malformaciones Congénitas en Sudamérica.*** Maria da Graça Dutra (Org.), 1995. 144p.
- ***Ciência e Saúde na Terra dos Bandeirantes: a trajetória do Instituto Pasteur de São Paulo no período 1903-1916.*** Luiz Antonio Teixeira, 1995. 187p.
- ***Profissões de Saúde: uma abordagem sociológica.*** Maria Helena Machado (Org.), 1995. 193p.
- ***Recursos Humanos em Saúde no Mercosul.*** Organização Pan-Americana da Saúde, 1995. 155p.
- ***Tópicos em Malacologia Médica.*** Frederico Simões Barbosa (Org.), 1995. 314p.
- ***Agir Comunicativo e Planejamento Social: uma crítica ao enfoque estratégico.*** Francisco Javier Uribe Rivera, 1995. 213p.
- ***Metamorfoses do Corpo: uma pedagogia freudiana.*** Sherrine Njaine Borges, 1995. 197p.
- ***Política de Saúde: o público e o privado.*** Catalina Eibenschutz (Org.), 1996. 364p.
- ***Formação de Pessoal de Nível Médio para a Saúde: desafios e perspectivas.*** Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.), 1996. 222p.
- ***Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40.*** Sérgio Carrara, 1996. 339p.

---

(*) por ordem de lançamento/ano.

- ***O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria.*** Paulo Amarante, 1996. 141p.
- ***Raça, Ciência e Sociedade.*** Ricardo Ventura Santos & Marcos Chor Maio (Orgs.), 1996. 252p. (co-edição com o Centro Cultural Banco do Brasil). 1ª Reimpressão: 1998
- ***Biossegurança: uma abordagem multidisciplinar.*** Pedro Teixeira & Silvio Valle (Orgs.), 1996. 364p. 1ª Reimpressão: 1998
- ***VI Conferência Mundial sobre a Mulher.*** Série Conferências Mundiais das Nações Unidas, 1996. 352p.
- ***Prevención Primaria de los Defectos Congénitos.*** Eduardo E. Castilla, Jorge S. Lopez-Camelo, Joaquín E. Paz & Iêda M. Orioli, 1996. 147p.
- ***Clínica e Terapêutica da Doença de Chagas: uma abordagem prática para o clínico geral.*** João Carlos Pinto Dias & José Rodrigues Coura (Orgs.), 1997. 486p.
- ***Do Contágio à Transmissão: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico.*** Dina Czeresnia, 1997. 120p.
- ***A Endemia Hansênica: uma perspectiva multidisciplinar.*** Marcos de Souza Queiroz & Maria Angélica Puntel, 1997. 120p.
- ***Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.*** Zulmira Maria de Araújo Hartz (Org.), 1997. 131p.
- ***Fome: uma (re)leitura de Josué de Castro.*** Rosana Magalhães, 1997. 87p.
- ***A Miragem da Pós-Modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização.*** Silvia Gerschman & Maria Lucia Werneck Vianna (Orgs.), 1997. 226p.
- ***Eqüidade e Saúde: contribuições da epidemiologia.*** Rita Barradas Barata, Maurício Lima Barreto, Naomar de Almeida Filho & Renato P. Veras (Orgs.) Série EpidemioLógica, v.1, 1997. 256p. (co-edição com a Abrasco)
- ***Os Diários de Langsdorff*** v.1 (Rio de Janeiro e Minas Gerais, 08 de maio de 1824 a 17 de fev. de 1825) e v.2 (São Paulo, de 1825 a 22 de nov. de 1826). Danuzio Gil Bernardino da Silva (Org.), 1997. 400p. (v.1) e 333p. (v.2) (co-edição com a Associação Internacional de Estudos Langsdorff e Casa de Oswaldo Cruz)
- ***Os Médicos no Brasil: um retrato da realidade.*** Maria Helena Machado (Coord.), 1997. 244p.
- ***Cronobiologia: princípios e aplicações.*** Nelson Marques & Luiz Menna-Barreto (Orgs.), 1997. 328p. (co-edição com a EdUSP)
- ***Saúde, Trabalho e Formação Profissional.*** Antenor Amâncio Filho & Maria Cecília G. B. Moreira (Orgs.), 1997. 138p.
- ***Atlas dos Vetores da Doença de Chagas nas Américas*** (v.1 – ed. bilíngüe). Rodolfo U. Carcavallo, Itamar Galíndez Girón, José Jurberg & Herman Lent (Orgs.), 1997. 393p.
- ***Doença: um estudo filosófico.*** Leonidas Hegenberg, 1998. 137p.
- ***Saúde Pública: uma complexidade anunciada.*** Mario Iván Tarride, 1998. 107p.
- ***Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas.*** Luiz Fernando Dias Duarte & Ondina Fachel Leal (Orgs.), 1998. 210p.
- ***Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.*** Paulo Amarante (Coord.), 1998 (2ª edição revista e ampliada).